
AIVOVERENKIERTOHAIRIÖSTÄ KUNTOUTUMINEN JA KUNTOUTUMISEN ARVIOINTI MONIAMMATILLISESSA TYÖRYHMÄSSÄ

Kotilomat kuntoutumisen tukena



Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Hämeenlinna, kevät 2013

Kaisa Sallinen



HÄMEENLINNA
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK)

Tekijä	Kaisa Sallinen	Vuosi 2013
Työn nimi	Aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuminen ja kuntoutumisen arviointi moniammatillisessa työryhmässä, Kotilomat kuntoutumisen tukena	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutumisen arviointia, hoidon laatua sekä moniammatillista yhteistyötä Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön neurologisella kuntoutusosastolla. Tavoitteena oli myös selvittää, mitkä seikat on otettava huomioon aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutumisen arvioinnissa. Kuntoutusosastolla Riihimäellä oli käytössä arviointilomake kotilomalle, joka ei palvellut moniammatillista työryhmää toivotulla tavalla. Tarkoituksena tässä opinnäytetyössä oli laatia uusi lomake aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kotiloman arviointiin. Hoitohenkilökunta antaa arviointilomakkeen ensimmäistä kertaa kotilomalle lähtevän kuntoutuspotilaan läheiselle, joka on vastuussa kotiloman turvallisesta toteutumisesta.

Opinnäytetyön teoriaosuudessa perehdyttiin aivoverenkiertohäiriöihin. Aihe rajattiin yleisimpiin aivoverenkiertohäiriöihin. Teoriaosuuteen sisältyi myös aivoverenkiertohäiriöiden mukanaan tuomat haasteet sekä kuntouttava hoitotyö moniammatillisessa työryhmässä. Opinnäytetyön teoreettisessa osassa käsiteltiin ne asiat, jotka ovat tärkeitä aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen ja selviytymisen arvioinnissa. Teoreettisen osan tavoitteena oli luoda pohja sille, mitä arviointilomake kotilomalle sisältää. Opinnäytetyöni toiminnallinen osuus oli arviointilomake aivoverenkiertohäiriöpotilaan kotilomalle. Lomake laadittiin Riihimäen kuntoutusosaston moniammatillisen kuntoutustöiden toiveiden sekä omaisilta saadun palautteen pohjalta. Lomaketta laadittaessa huomioitiin, että siihen tulisi riittävästi tilaa kirjoittaa ja, että se olisi selkeä ja helppo täyttää.

Avainsanat aivoverenkiertohäiriö, kuntoutuminen, moniammatillinen yhteistyö, kuntoutumisen arviointi, arviointilomake kotilomalle

Sivut 37 s. + liitteet 5 s.

HÄMEENLINNA

Degree Programme in Nursing
Nursing

Author

Kaisa Sallinen

Year 2013

Subject of Bachelor's thesis

Recovery from a Cerebrovascular Accident and the Recovery Evaluation in a Multiprofessional Work Group, Home Leaves Supporting Rehabilitation

ABSTRACT

The purpose of this thesis is to improve the recovery evaluation, quality of treatment and multiprofessional cooperation related to patients suffering from cerebrovascular accident (CVA) in the neurological rehabilitation faculty in the Riihimäki unit of the central hospital in Kanta-Häme. The thesis also discusses the recovery evaluation of the patients. The recovery of the patients has previously been evaluated using a form designed for evaluating the home leave. However, this form does not address the needs of the multiprofessional work group adequately. The thesis introduces a new form for evaluating the home leave of patients suffering from CVA. The personnel are supposed to give the evaluation form to a family member, who is responsible for the safe home leave of the patient.

The theory section of this thesis discusses cerebrovascular accidents. However, due to the broad nature of the subject the discussion in the theory section is limited to the most common forms of CVAs. The theory section also discusses nursing in a multiprofessional work group and the challenges introduced by CVAs. The theory section addresses the facts, which are relevant to recovery evaluation of CVA patients. The purpose of the theory section was to create a framework for the contents of the evaluation form. The practical part of this thesis addresses the creation of the evaluation form for the home leave of CVA patients. In the creation process of the form the wishes of the multiprofessional rehabilitation team and the feedback of the family members of the patients were taken in account. The clarity of the form and the writing space were also important factors in the design process.

Keywords Cerebrovascular accident, stroke, rehabilitation, multiprofessional work group, recovery evaluation, evaluation form for home leave

Pages 37 p. + appendices 5 p.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	1
2	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT	2
2.1	Aivoinfarkti	2
2.2	TIA-kohtaus	3
2.3	Aivoverenvuodot	3
2.3.1	ICH eli intracerebraalihakatooma	3
2.3.2	Lukinkalvonalainen vuoto eli SAV	4
2.4	Aivoverenkiertohäiriön riskitekijät	5
2.5	Aivoverenkiertohäiriöiden hoito	6
3	AIVOVERENKIERTOHAIRIÖSTÄ AIHEUTUVAT HAASTEET	8
3.1	Neuropsykologiset häiriöt	8
3.1.1	Yleishäiriöt	8
3.1.2	Erityishäiriöt oikean puolen vaurioissa	8
3.1.3	Erityishäiriöt vasemman puolen vaurioissa	10
3.2	Psyykkiset ja sosiaaliset haasteet	10
3.3	Liikkumista rajoittavat tekijät	11
4	MONIAMMATILLINEN TYÖRYHMÄ KUNTOUTUJAN TUKENA	13
4.1	Moniammatillisuus kuntoutustiimissä	14
4.2	Aivojen muovautuvuus kuntoutumisen perustana	15
5	KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ JA KUNTOUTUMISEN ARVIOINTI KUNTOUTUSOSASTOLLA	17
5.1	Kuntouttava hoitotyö kuntoutusosastolla Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikössä	18
5.2	Kotilomien ja ympäristön merkitys kuntoutumisessa	19
5.3	Kuntoutumisen arviointi neurologisella kuntoutusosastolla Riihimäellä	19
5.3.1	FIM -toimintakykymittari	19
5.3.2	Arviointilomake kotilomalle lähtijälle	20
5.4	Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kotiutuminen	20
6	AIKAISEMMA TUKIMUKSET	22
7	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET	25
8	TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	26
9	OPINNÄYTETYÖPROSESSI	27
9.1	Suunnittelu	27
9.2	Toteutus ja arviointi	28

10 POHDINTA.....	30
10.1 Opinnäytetyöprosessin pohdinta	30
10.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	31
10.3 Jatkotutkimusaiheet.....	31
LÄHTEET	32
LIITE 1 Vanha lomake kotilomalle	
LIITE 2 Ohje kotilomalle lähtijälle	
LIITE 3 Uusi lomake kotilomalle	

1 JOHDANTO

Aivoverenkiertohäiriöt ovat merkittävä sairausryhmä Suomessa. Kansanterveyslaitoksen mukaan Suomessa sairastui vuonna 2006 noin 18500 yli 25-vuotiaasta aivoverenkiertohäiriöön. Ne ovatkin Suomen terveydenhuollon suurimpia ongelmia ja se on tavallisin vammaisuutta aiheuttava sairaus Suomessa. Hoito on kallista sekä lisäksi sairaudesta aiheutuu erilaisia epäsuoria kustannuksia, sillä sairaus saattaa aiheuttaa pysyvää työkyvyttömyyttä sekä enenaikaisia kuolemia. Arviolta aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat kustannuksia jopa useita satoja miljoonia vuodessa. Sairaus on siis kansantaloudellisesti merkittävä. (Sivenius 2009.)

Syynä opinnäytetyön aiheenvalintaan on työskentely Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikössä neurologisella kuntoutusosastolla. Aivoverenkiertohäiriöpotilaat ovat mielenkiintoinen potilasryhmä. Hoitotyö vaatii kuntouttavan hoito-otteen hallitsemista sekä kykyä arvioida potilasta.

Miettiessäni opinnäytetyön aihetta Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön osaston henkilökunnalta nousi ajatus, että potilaan kotiloman arviointiin käytettyä lomaketta voisi kehittää. Nykyinen lomake on rasti ruutuunlomake ja kenties sen ulkomuoto voisi olla toisenlainenkin. Lomakkeessa on käsitelty potilaan selviytymistä päivittäisissä toiminnoissa, muun muassa lääkkeiden otossa, peseytymisessä, ruokailussa sekä wc:ssä käymisessä. Lisäksi siinä kysytään asumismuoto, kuinka kuntoutuja selviytyy liikkumisesta ulkona ja kotona sekä mahdollisia vaikeuksia esimerkiksi puheessa tai muistissa. Myös kuntoutujan mielialaan liittyviä kysymyksiä on lomakkeessa esitetty. Lomakkeen sisältö nykyisellään on melko kattava mutta uskon, että tämän opinnäytetyön avulla saan lomakkeesta vielä hyödyllisemmän niin henkilökunnan kuin kuntoutuspotilaankin kannalta.

Tässä opinnäytetyössä käsite aivoverenkiertohäiriö kattaa niin aivoinfarktit, TIA-kohtaukset eli ohimenevät aivoverenkiertohäiriöt kuin aivoverenvuodotkin. Opinnäytetyössäni aivoverenkiertohäiriön olen toisinaan lyhentänyt käyttäen lyhennettä AVH. Tässä opinnäytetyössä käsittelen aivoinfarktia, TIA-kohtausta, aivokudokseen tapahtuvaa vuotoa sekä lukinkalvonalaista vuotoa. Aivovammat sekä esimerkiksi MS-tautipotilaat olen rajannut pois, vaikka toisinaan neurologisella kuntoutusosastolla näitäkin potilasryhmiä on. Pääasiallisesti potilasaineisto kostuu AVH-potilaista. Lisäksi opinnäytetyöni painottuu vahvasti neurologisen potilaan kuntoutumiseen ja kuntoutumisen arviointiin sekä moniammatillisuuteen.

2 AIVOVERENKIERTOHAIRIÖT

Happi on aivojen toiminnalle välttämätöntä, sillä aivojen energia-aineenvaihdunta on täysin riippuvainen hapestä ja happea kuljettavasta verestä. Kolme isoa valtimoa kuljettavat verta aivoille: etummainen, keskimmainen sekä takimmainen aivovaltimo. Aivoihin tulevat suuret valtimot ovat yhteydessä keskenään pienten valtimoiden välityksellä. Näin aivojen alapinnalle muodostuu aivojen valtimokehä. (Bjälje, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2009, 83–84.)

Verenkiertohäiriö aivoissa johtaa nopeasti pysyviin vaurioihin keskushermostossa. Aivoverenkiertohäiriöihin kuolee Suomessa noin 4500 henkilöä vuodessa ja niihin sairastuminen on kolmanneksi yleisin kuolinsyy Suomessa. Aivohalvauspotilaiden hoito on kallista ja aikaa vievää. Aivoverenkiertohäiriöpotilaat työllistävät paljon vanhainkoteja sekä lisäksi sairastumisen myötä tulee työkyvyttömyyttä. Kuitenkin osa sairastuneista pystyy palaamaan kuntoutuksen jälkeen takaisin työelämään. (Kaste, Hernesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius 2006, 271; Atula 2012a; Repo-Outakoski 2013.)

Käsittelen tässä opinnäytetyössä ensin aivoinfarktia, koska se on yleisin aivohalvauksen syy sekä Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen kuntoutus yksikön pääasiallinen kuntoutuspotilasryhmä. TIA-kohtaukseen sairastuneita potilaita ei juuri kuntoutusosastolla kuntouteta, koska useat kotiutuvat suoraan ensiavusta. Aivoverenvuodot edustavat toista tärkeää potilasryhmää mutta eivät kuitenkaan ole niin yleisiä kuin aivoinfarktit.

2.1 Aivoinfarkti

Aivoinfarkti eli infarctus cerebri on aivoverenkiertohäiriöistä tavallisin sairaus. Aivoinfarktissa aivovaltimo tukkeutuu äkillisesti tukoksesta johtuen ja verta tuova valtimo jää ilman verta ja happea ja hapenpuutteen vuoksi aivokudokseen syntyy pysyvä kuolio. Aivoinfarkti jaetaan etiologiansa mukaan suurten tai pienten suonten tautiin tai sydäimestä peräisin oleviin embolioihin. (Tarnanen, Lindsberg, Sairanen & Vuorela 2011; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2007a; Kaste ym. 2006, 296, 272; Puha & Lippola 2012, 6–7; Neurokirurgia 2008-2013a.)

Aivojen hapenpuutteen sietokyky on heikko. Aivot tarvitsevat jatkuvasti glukosia ja happea. Aivoinfarktista johtuvasta heikentyneestä hapensaannista aivoissa alkaa tapahtua tuhoa puolesta tunnista muutamaan tuntiin aivoinfarktin jälkeen. Aivot vastaanottavat jopa 20 prosenttia sydämen pumppaamasta veritilavuudesta. (Lindsberg 1999, 27; Kaste ym. 2006, 276.)

Tavallisimmin aivoinfarkti tulee täysin yllättäen ilman ennakoivia oireita. Joskus aivotapahtumaa voi edeltää TIA-kohtaus. Oireet etenevät nopeasti ja

potilas ei välttämättä itse huomaa tai tunnista oireitaan. Tyypillisimpiä oireita ovat näkö- ja puhehäiriöt, suupielen roikkuminen ja potilas tuntee raajoissaan voimattomuutta tai tunnottomuutta. Yleensä oireet ovat toispuoleisia. Potilaalla voi esiintyä myös nielemisvaikeuksia, tasapainohäiriöitä, huimausta, myös kaksoiskuvia saattaa esiintyä. On harvinaista, että aivoinfarktin saanut potilas menettäisi tajuntansa tai saisi epileptisen kohtauksen. Päänsärkyä esiintyy enemmän aivoverenvuotopotilaalla kuin aivoinfarktin saaneella. Potilaan katse saattaa kääntyä vamman puolelle eli katse devioi vasemmalle, jos aivoinfarkti on vasemmalla puolella aivoja. Oireet vaikuttavat siihen, kummalla puoliskolla aivoja vauriot sijaitsevat. Sairastumisen taustalla saattaa olla ateroskleroosi eli valtimoiden kovettumatauti. (Tarnanen ym 2011; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2007a; Atula 2012a; Kaste ym. 2006, 297; Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2001, 299.)

2.2 TIA-kohtaus

Aivoinfarktia ennakoivaa, aivokudoksen tuhoa aiheuttamatonta ja ohimenevää aivoverenkiertohäiriötä kutsutaan TIA-kohtaukseksi (transient ischaemic attack). Potilas saattaa olla tutkimushetkellä täysin oireeton mutta aiemmin on saattanut olla neurologisia löydöksiä sekä oireita. TIA saattaa olla merkki tulevasta aivoinfarktista, etenkin, jos oireet kestävät yli tunnin.

TIA-kohtauksen saaneista 30–40 prosenttia saa aivoinfarktin seuraavan viiden vuoden kuluessa ja lähes yksi kymmenestä sairastuu aivoinfarktiin viikon sisällä. TIA-kohtaus on aina selvittelyjä ja hoitoa vaativa oire. Yleensä TIA-kohtaus esiintyy keski-ikäisillä tai vanhuksilla ja riski kasvaa iän myötä. (Kaste ym. 2006, 272, 282; Sairanen, Rantanen & Lindsberg 2011, 1172; Atula 2012b.)

2.3 Aivoverenvuodot

Aivoverenvuoto on tapahtuma, jossa verenpaine verisuonessa nousee liian voimakkaaksi. Tämän seurauksena valtimon seinämä puhkeaa ja verta alkaa vuotaa aivokudokseen, joko aivojen pinnalle tai aivokudoksen sisään. Aivokudokseen päässyt veri vaurioittaa aivokudosta pysyvästi. (Marttila 2006; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2007b.)

2.3.1 ICH eli intracerebraalivammo

ICH:ssa eli intracerebraalivuodossa veri vuotaa aivokudoksen sisään. ICH:n tärkein aiheuttaja on pitkäaikainen hoitamaton verenpainetauti. Oireet alkavat yleensä äkillisesti ja hereillä ollessa. Oireet kehittyvät nopeasti, vain minuuttien kuluessa. Aivoverenvuodon tapahduttua sairastuneet ovat kuivailleet, että päässä kuuluu ikään kuin napsahdus, jota seuraa vuotamisen tai valumisen tunne sekä päänsärky ja oksentelu. Tajunta heikkenee pahimmillaan tajut-

muuteen saakka, jolloin on kyse vakavasta aivoverenvuodosta. Myös halvausoireet ovat tavallisia. Ylä- ja alaraaja ovat yleensä molemmat vahva-asteisesti halvaantuneet, sillä vuoto sijaitsee yleensä aivojen syvissä osissa. Yleensä katse kääntyy eli devioi vauriokohdan suuntaan. Tajunnan häiriön vakavuus riippuu vuodon suuruudesta sekä sijainnista. Jos verenvuoto on pikuivoissa, voi se aiheuttaa likvorkierron häiriötä. Edellä mainitut oireet viittaavat vakavaan ICH-vuotoon sekä huonoon ennusteeseen. ICH-vuoto on yleensä huonoennusteinen ja useat sen sairastaneet jäävät pysyvästi laitoshoidon. (Palo, Jokelainen, Kaste, Teräväinen & Waltimo 1992, 335–336; Putaala & Strabian 2012, 10.)

2.3.2 Lukinkalvonalainen vuoto eli SAV

Lukinkalvonalainen aivoverenvuoto syntyy, kun verta pääsee vuotamaan lukinkalvonalaiseen tilaan. Tätä kutsutaan subaraknoidaalivuodoksi eli SAV:ksi. Aivoissa on kolme aivokalvoa, joista yksi on lukinkalvo ja jonka alaiseen tilaan veri SAV:ssa vuotaa. SAV:n yleisimpänä syynä on aivovaltimossa oleva synnynnäinen heikkous. Korkean verenpaineen seurauksena valtimon sisällä paine kasvaa ja verisuonen seinämän heikkoon kohtaan kehittyy vuosien kuluessa pullistuma eli aneurysma. Aneurysma voi olla vuosia potilaan aivovaltimossa oireettomana mutta kovan rasituksen yhteydessä verenpaineen kohotessa, aneurysma saattaa puhjeta ja seurauksena on vuoto lukinkalvonalaiseen tilaan. (Kaste ym. 2006, 316; Mustajoki 2012.)

SAV:n oireet ovat täysin erilaiset kuin ICH:ssa, koska vuoto purkautuu aivokalvojen alle. Kaikkein tyypillisin SAV:n oireista on äkillisesti alkava kova päänsärky, johon liittyy pahoinvointia ja oksentelua. Päänsärkyä aiheuttaa äkillinen kallonsisäisen paineen nousu. Niskajäykkyyttä esiintyy ja silmät saattavat olla valolle arat. Myöskään kouristelut ja tajuttomuus eivät ole pois-suljettuja. SAV:ssa taas harvoin ilmenee halvausoireita, jotka ovat tyypillisiä aivoverenvuodoissa tai aivoinfarktissa. (Mustajoki 2012; Neurokirurgia 2008-2013b; Puha & Lippola 2012, 6–7.)

SAV:n oireet alkavat äkillisesti ja arvaamatta niin, ettei edeltäviä oireita esiinny. Päänsärkyä on yleensä takaraivossa ja niskassa. Myös SAV:n sairastaneet potilaat ovat jälkeenpäin kuvailleet, että päässä on tuntunut jonkinlainen outo tunne, niin kuin jokin olisi revennyt tai napsahtanut päässä. Tämän jälkeen tulee tunne, että jotakin valuisi pään sisällä ja alkaa päänsärky, pahoinvointi sekä oksentaminen. SAV on ennusteeltaan hyvin vakava sairaus, ja pahimmillaan vuodon ollessa raju johtaa se äkillisesti syvään tajuttomuuteen ja potilas saattaa menehtyä nopeasti. Hengissä selviämisen mahdollisuudet ovat pienet: vain 15 prosenttia, jos tajuttomuus on kestänyt yli vuorokauden. SAV:n ennuste riippuu vuotokohdasta ja laajuudesta. (Kaste ym. 2006, 317–319.)

2.4 Aivoverenkiertohäiriön riskitekijät

Muut sairaudet, kuten diabetes ja ateroskleroosi eli valtimoiden kovettumatauti sekä korkea verenpaine tai taipumus korkeaan verensokeriin, ovat aivoverenkiertohäiriölle altistavia tekijöitä. Myös elämäntavat, kuten tupakointi, ylipaino tai alkoholin runsas käyttö voivat altistaa aivoverenkiertohäiriölle. Syynä sairastumiselle saattavat olla myös henkilön ikä tai sukupuoli. Suurin osa aivohalvauksista (80 %) on infarkteja eli nämä riskitekijät tarkoittavat pääsääntöisesti aivoinfarktin riskitekijöitä. Suurin osa aivoverenkiertohäiriöistä liittyy ateroskleroosiin. Samat tekijät, jotka edistävät ateroskleroosia, aiheuttavat myös aivoverenkiertohäiriöitä. Riski sairastua aivoverenkiertohäiriöön on suurelta osin sidoksissa henkilön ikään. Riski saada AVH kaksinkertaistuu kymmentä ikävuotta kohden. Useimmiten sairastuneet ovat miehiä, varsinkin alle 65-vuotiaina. Myös verenvuotojen riski kasvaa iän karttuessa. Lukinkalvon alainen verenvuoto saattaa olla myös nuorten ihmisten sairaus. Kaiken kaikkiaan kuitenkin riski kasvaa iän myötä. (Kaste ym. 2006, 282.)

Kohonnut verenpaine vaikuttaa merkittävästi riskiin sairastua aivoverenkiertohäiriöön. Riski nousee mitä korkeammat lukemat ovat. Esimerkiksi riski on kolminkertainen, jos verenpainelukemat ovat yli 160/95 mmHg kuin jos ne olisivat alle 140/90 mmHg. Paitsi infarktin riskiä korkea verenpaine lisää myös aivojen sisäisen verenvuodon vaaraa. Riski saada aivoverenvuoto on viisinkertainen, jos verenpaineet ovat korkeat. Korkean verenpaineen hoito pienentää halvausriskiä. (Kaste ym. 2006, 282–283; Tarnanen ym. 2011.)

Diabeetikon riski sairastua aivoverenkiertohäiriöön on 2-3 kertaa suurempi kuin diabetesta sairastamattomalla. Syynä tähän saattaa olla, että diabeetikon verenpaine voi olla normaalia korkeampi, veren hyytymistaipumus on liiallista johtuen huonosta sokeritasapainosta tai verisuonten ahtautumista edesauttavat veren rasva-arvot. Riski on suuri erityisesti niillä diabeetikoilla, joilla verenpaine on korkea tai joilla on vaikea nefropatia. (Rönnemaa 2011a & Rönnemaa 2011b.)

Arviolta 15 % aivoinfarkteista johtuu kardiogeenisestä eli sydäimestä lähtöisin olevasta emboliasta. Tärkeimpiä altistavia tekijöitä ovat eteisvärinä, sepelvaltimotauti, keinoläppä sekä reumaattinen sydänvika. Tupakointi kaksinkertaistaa aivoverenkiertohäiriön riskin. Tupakoinnin aiheuttamia aivoinfarkteja on joka viides. Myös huumeiden käyttö lisää taipumusta saada aivoinfarkti. Alkoholin käytöllä on haitallisia vaikutuksia keskushermostoon. Jos alkoholia nautitaan paljon kerralla, saattaa se pahimmillaan aiheuttaa aivohalvauksen (Tarnanen ym. 2011; Kaste ym. 2006, 283; Käypä Hoito 2011.)

Aikuisilla myös migreeniin liittyy riski saada aivoverenkiertohäiriö. Ehkäisy-pillereihin, joiden estrogeenipitoisuus on suuri (yli 50 mikrgr.) on liitetty myös kohonnut riski saada AVH. Ehkäisy-pillerien käyttöön yhdistettynä tupakointi, ylipaino sekä kohonnut verenpaine sekä yli 35-vuoden ikä lisäävät riskiä entisestään. (Kaste ym. 2006, 284.)

2.5 Aivoverenkiertohäiriöiden hoito

Aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoito alkaa ensihoidon kutsumisesta paikalle. Jos hoitoon pääsy viivästyy syystä tai toisesta, hoidon tulokset heikkenevät huomattavasti. Ensihoidon tärkein tehtävä on vitaalientoimintojen varmistus eli hengityksen sujuminen ja sydämen toiminta varmistetaan. Lisäksi tajunnan tason mittaamisessa käytetään Glasgow'n kooma-asteikko. Jos Glasgow'n kooma-asteikon pisteet ovat alle kahdeksan eli potilas on käytännössä tajuton, potilas intuboidaan. Potilaan kuljetus tehdään kiireellisenä hälytysajona sairaalan päivystyspoliklinikalle, ei koskaan terveyskeskukseen. Jos liuotushoitoa pidetään mahdollisuutena, kiireellinen kuljetus on siitäkin syystä paikallaan. Lisäksi päivystyspoliklinikalle annetaan ennakkoilmoitus, jotta potilaan tuloon pystytään valmistautumaan ajoissa. (Käypä Hoito 2011; Kaste ym. 2006, 306–307.)

Päivystyspoliklinikan tavoitteena on täydentää ensihoitajien tekemä anamneesi ja tarkentaa, onko kyseessä aivoverenvuoto vai aivoinfarkti. Tulevan hoidon tarkentaminen tehdään välittömästi aivojen tietokonekerroskuvauksella. Liuotushoito, jota aivoinfarktin hoidossa käytetään, menettää merkityksensä, jos oireiden alkamisesta on kulunut enemmän kuin neljästä viiteen tuntia. (Atula 2012a; Käypä Hoito 2011.)

Päivystyspoliklinikalla keskitytään estämään lisävaurioiden synty aivoissa. Liuotushoidolla avataan tukkeutuneet valtimot. Pyritään myös estämään lisävaurioiden synty estämällä tai vähentämällä mahdollisuuksien mukaan aivopaineen nousua ja aivoödeemaa eli turvotusta. Lisäksi vitalitoimintoja on tarkkailtava. On seurattava, että potilas hapettuu kunnolla, verenpaineet eivät nouse liian korkeaksi ja verensokerit pysyvät maltillisella tasolla. Lisäksi tajunnan tasoa tarkkaillaan jatkuvasti Glasgow'n kooma-asteikolla. Happisaturoation seuranta ja mahdollisen happilisan antaminen tarpeen mukaan kuuluu myös päivystyspoliklinikan työhön. Lisäksi intuboiduilta potilailta tarkkaillaan hiilidioksidipainetta. Potilas immobilisoidaan, siten, että ylävartalo on kohoasennossa. (Käypä Hoito 2011.)

AVH-yksikkö on aivoverenkiertohäiriöpotilaan hoitoon ja varhaiskuntoutukseen erikoistunut yksikkö, jossa toimii moniammatillinen hoitotiimi. AVH-yksikössä hoidetaan ne potilaat, joilla on laaja aivoinfarkti, pikkuaivo- tai aivorunkoinfarkti ja joilla on aaltoilevat tai oireet ovat eteneviä. Myös TIA-potilaita hoidetaan AVH-yksikössä. Yksikössä hoidetaan myös aivoverenvuotopotilaita, ellei sairautta hoideta kirurgisesti. Hoito AVH-yksikössä tavallisesti kestää noin yhdestä kolmeen vuorokautta. Sieltä potilaat yleensä siirtyvät jatkohoitoon joko kotiin tai neurologiselle vuodeosastolle, esimerkiksi Riihimäelle neurologiselle kuntoutusosastolle. (Käypä Hoito 2011.)

AVH-yksikössä on hoitoon erikoistunut henkilökunta, joka koostuu sairaanhoitajista, neurologista, fysio-, toiminta-, ja puheterapeuteista, neuropsykologista sekä sosiaalityöntekijästä, jotka yhteistyössä potilaan kanssa arvioivat

potilaan vointia, hoitoa sekä varhaiskuntoutumista. AVH-yksikössä painotetaan potilaan peruselintoimintojen ylläpitämistä sekä sairauden etenemisen ja komplikaatioiden ehkäisyä. Myös muut sairaudet, kuten sydän- ja verisuonisairaudet sekä diabetes vaativat tarkkailua. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012e; Käypä Hoito 2011.)

Aivoverenkiertohäiriöitä hoidetaan erilaisilla tukoksia ehkäisevillä lääkkeillä. ASA:n eli asetyylisalisyylihapon käyttöä suositellaan TIA-potilaille sekä aivoinfarktin sairastaneille. ASA:n sivuvaikutuksena on verenvuotoriski. Suositeltava käyttöannos on 50–100 mg päivässä. (Kaste ym. 2006, 288.)

Asetyylisalisyylihapon ja dipyridamolin yhteiskäytöllä on paremmat vaikutukset niiden eri vaikutusmekanismiensa vuoksi. Dipyridamoli laajentaa verisuonia ja vaikuttaa tukoksia ehkäisevästi. Tutkimuksissa on todettu, että yhdistelmähoidoilla on tehokkaammat vaikutukset kuin asetyylisalisyylihapon ja dipyridamolin käytöllä erikseen. (Kaste ym. 2006, 288–289.)

Klopidogreeliä käytetään iskeemisen aivohalvauksen ehkäisyssä niille potilaille, jotka eivät siedä asetyylisalisyylihappoa. Pitkäaikaisella käytöllä pienennetään uudelleen sairastumisriskiä. (Kaste ym. 2006, 290.)

Antikoagulanttihoitoa käytetään, jos potilaalla on sydänperäisiä sairauksia, erityisesti eteisvärinää tai, jos potilaalla on tuore sydäninfarkti. Antikoagulanttihoitolla ehkäistään embolisaatiota. Hoitoon liittyy verenvuodon riski. Tätä seurataan pitämällä INR hoitotasapainossa eli 2–3 välillä. INR -tutkimuksella verestä varmistetaan sopiva verenohennuslääkkeiden annostelu. (Kaste ym. 2006, 291; Fimlab Laboratoriot Oy.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen on syytä hoitaa myös syyt, jotka ovat johtaneet sairastumiseen. Kohonnut verenpaine, ylipaino sekä kolesteroliarvot on pidettävä kurissa sekä tupakointia ja alkoholia vältettävä sekä liikuntaa lisäävä toimintakyvyn mukaan. (Kaste ym. 2006, 286–287.)

Toisinaan aivoverenkiertohäiriöissä turvaudutaan myös kirurgiseen hoitoon. Aivoverenvuodon hoito on kuitenkin lähes aina konservatiivinen eli oireenmukainen. Joskus aivoverenvuodon yhteydessä saattaa syntyä likvorkierron häiriö, jolloin joudutaan asettamaan shuntti johtamaan ylimääräistä nestettä pois aivoissa, jotta aivoihin ei tulisi turvotusta. Kirurgista hoitoa harkitaan silloin, kun vuoto on lähellä aivojen ulkopintaa tai vuoto aiheuttaa mekaanista aivokompressiota, joka pahentaa neurologista oireistoa. (Kaste ym. 2006, 318–319.)

3 AIVOVERENKIERTOHÄIRIÖSTÄ AIHEUTUVAT HAASTEET

Tässä kappaleessa käsitellään aivoverenkiertohäiriöstä aiheutuvia haasteita. Haasteet voidaan jakaa neuropsykologisiin häiriöihin, psyykkisiin ja sosiaaliin haasteisiin sekä fyysisiin eli liikkumista rajoittaviin haasteisiin. Neuropsykologia tutkii psyykkisten toimintojen hermostollista perustaa.

Aivoverenkiertohäiriö muuttaa elämää usein pysyvästi. Perheessä roolit muuttuvat, liikkumiseen saattaa tarvita apuvälineitä tai kyky kommunikoida on saattanut vaikeutua. Lisäksi kaikkeen päivittäiseen toimintaan saattaa tarvita jatkuvasti toisen ihmisen apua.

3.1 Neuropsykologiset häiriöt

Neuropsykologia tutkii psyykkisten toimintojen hermostollista perustaa. Neuropsykologisen kuntoutuksen avulla voidaan aivoverenkiertohäiriöstä aiheutuvia neuropsykologisia häiriöitä kuntouttaa. (Kuikka, Pulliainen & Hänninen 1991, 8–17.)

Aivoverenkiertohäiriöt aiheuttavat usein neuropsykologisia häiriöitä. Häiriöt on jaettu yleis- ja sekä erityishäiriöihin. Häiriöiden vaikeus ja laajuus riippuvat vaurioalueen sijainnista ja laajuudesta aivoissa. Neuropsykologinen oirekuva on jokaisella aivoverenkiertohäiriöön sairastuneella omanlaisensa. (Laihosalo & Jehkonen 2009, 4–6.)

3.1.1 Yleishäiriöt

Yleishäiriöihin kuuluvat oireet, kuten vireystilan vaihtelut, väsymys, hitaus, ajatuksen, puheen ja toiminnan juuttuminen, aloite- ja sietokyvyn heikentyminen, ovat tavallisimpia neuropsykologisia yleishäiriöitä. Niihin kuuluvat myös sekavuus ajan, paikan sekä oman tilan suhteen. Vaativampien asioiden käsittely voi olla aivoverenkiertohäiriöön sairastuneelle työlästä vielä pitkään sairastumisen jälkeen. Joustamattomuus ja hitaus saattavat aiheuttaa vaikeuksia toimia esimerkiksi harrastuksien parissa. (Jehkonen, Hänninen, Norvasuo-Heilä & Ylikoski n.d., 14; Laihosalo & Jehkonen 2009, 4–6.)

3.1.2 Erityishäiriöt oikean puolen vaurioissa

Erityishäiriöt riippuvat siitä, kumpi aivopuolisko on vaurioitunut. Oikean aivopuoliskon tehtävänä on säädellä kehon vasemman puolen motoriikkaa ja on erikoistunut näönvaraiseen toimintaan. Vasen aivopuolisko taas säätelee kehon oikeaa puolta ja on erikoistunut kielellisiin toimintoihin. (Laihosalo & Jehkonen 2009, 4–6.)

Erityishäiriöitä oikean aivopuoliskon vaurioissa ovat tilasuhteiden hahmottamiseen ja käsittelyyn liittyvät vaikeudet, neglect eli huomiotta jättäminen, häiriöt tunneviestinnässä ja -reagoinnissa, sairaudentunnottomuus sekä vaikeudet näkömuistissa. Oireet eivät välttämättä näy ulospäin, koska kielellisessä ilmaisussa ei ole yleensä ongelmia. Sairastunut myös harvemmin valittaa oireitaan, koska hän ei tiedosta niitä. (Laihosalo & Jehkonen 2009, 4–6.)

Ympäröivän tilan hahmottaminen suhteessa omaan itseen sekä esineiden hahmottaminen ja käsitleminen tilassa on vaikeutunutta tilasuhteiden hahmottamisen ja käsittelyn häiriössä. Käytännön elämässä tämä tarkoittaa vaikeutta hahmottaa ilmansuuntia, etäisyyksiä, peilikuvia tai mittasuhteita. Käytännön elämään pulma vaikuttaa esimerkiksi myös hankaluutena pukea vaatteet tai entiset harrastukset eivät suju enää vanhaan tapaan. Kellonaikojen hahmottaminen saattaa olla vaikeutunutta, sillä kellon viisareiden asennon mieltäminen on hankalaa. Liikenteessä liikkuminen saattaa olla myös vaikeaa, koska oikea ja vasen menevät herkästi sekaisin sekä reittien ja etäisyyksien hahmottaminen on pulmallista. Lisäksi mittarilukemien hahmottaminen saattaa olla vaikeutunutta, mikä osaltaan lisää riskiä vaaroihin liikenteessä. (Laihosalo & Jehkonen 2009, 4–6.)

Neglect eli huomiotta jättäminen on tyypillinen oire oikean aivopuoliskon vaurioissa. Neglectiksi kutsutaan tarkkaavuuden säätelyn häiriötä, jossa vasemman puolen ärsykkeiden huomiointi sekä niihin reagoiminen on vaikeutunut. Neglect-potilaan aisti- ja liiketoiminnot saattavat kuitenkin olla täysin kunnossa, vaikka vasen puoli jääkin huomiotta. Sairastunut ei itse tiedosta, ettei huomio vasenta puoltaan lainkaan. Vaikeassa neglectissä sairastuneen katse on kokonaan suuntautunut oikealle, ja vasen käsi ja jalka jäävät täysin huomiotta. Käytännössä neglect vaikeuttaa sairastuneen arkea, kuten syömistä ja pukeutumista. Neglect aiheuttaa törmäilyä vasemmalla oleviin asioihin, kuten ovenkarmeihin tai huonekaluihin. Myös tavarat vasemmalta puolelta jäävät huomaamatta. Usein neglect-potilaasta tuntuu, että lukeminen on vaikeutunut, koska tekstin vasen reuna jää lukematta. Neglect ei ole näkökykyyn liittyvä ongelma, joten esimerkiksi silmälaseista ei ole apua. (Jehkonen ym. n.d., 9; Laihosalo & Jehkonen 2009, 4–6.)

Sairauden alkuvaiheessa on tyypillistä, että aivoverenkierohäiriöön sairastunut ei tiedosta omaa sairauttaan ja tilaansa. Sairaudentunnottomuus eli anosognosia aiheuttaa vaaratilanteita sekä vaikeuttaa kuntoutumista, koska sairastunut ei ole motivoitunut kuntoutukseen eikä koe olevansa sairas. Neglect sekä anosognosia ovat hyvin tyypillisiä sekä hämmäntäviä jälkioireita aivoverenkierohäiriöissä. (Jehkonen ym. n.d., 10.)

Oikean aivopuoliskon vaurion jälkeen saattaa tulla myös ongelmia tunneviestinnässä sekä -reagoinnissa. Nämä ongelmat saattavat aiheuttaa ongelmia työssä sekä sosiaalisissa tilanteissa, joissa voi tulla kiusallisia tilanteita ja väärinymmärryksiä. Hämmäntävät tilanteet voivat olla kiusallisia paitsi sairastu-

neelle myös tämän läheisille. Tunneviestinnän häiriö tarkoittaa, että sairastuneen on vaikea ilmaista omia tunteitaan puheensävyllä sekä tunnistaa toisen ihmisen tunnetiloja äänensävyistä sekä ilmeistä ja eleistä. Tunnereagoinnin häiriö taas voi tarkoittaa esimerkiksi äärimmäisiä tunnetiloja, kuten estottomuutta, itkuherkkyyttä tai apaattisuutta. (Laihosalo & Jehkonen 2009, 4–6.)

3.1.3 Erityishäiriöt vasemman puolen vaurioissa

Tavallisimmat häiriöt aivojen vasemman puolen vaurioissa liittyvät kielellisiin toimintoihin. Vaikeudet ilmenevät puheen tuottamisessa ja ymmärtämisessä, lukemisessa, kirjoittamisessa tai laskemisessa. Vaikeudet edellä mainituissa toiminnoissa voivat olla eriasteisia. Vasemman puolen vaurioitumiseen liittyvät toisinaan myös tilasuhteen ymmärtämisen häiriöt sekä opittujen tahdonalaisten liikkeiden säätelyn häiriöt. Kielelliset häiriöt vaikeuttavat arkielämää sekä kommunikointia. (Laihosalo & Jehkonen 2009, 4–6.)

Afasiassa eli kielellisissä häiriöissä yleensä eleiden, ilmeiden ja äänensävyn tulkintakyky säilyy. Afasia vaikuttaa myös ajatteluun, muistiin, havaitsemiseen ja tarkkaavaisuuteen. Puheen tuottamisen häiriö ilmenee esimerkiksi hitaana, kankeana, juuttuvana tai epäselvänä puheena. Vaikeimmissa afasioissa afaatikko voi kyetä sanomaan vain yksittäisiä sanoja tai tavuja. Lievemmissä muodoissa taas puheen kerronnallisuus on häiriintynyt. Puheen tuottamisen tai ymmärtämisen vaikeuteen liittyy tavallisesti myös lukemisen, kirjoittamisen tai laskemisen ongelmia. Myös kielellisen muistin ongelmia saattaa olla. Tämä haittaa esimerkiksi keskusteluja tai kuultuja ohjeita, koska kerrotut asiat eivät jää muistiin. (Jehkonen ym. n.d., 5; Laihosalo & Jehkonen 2009, 4–6.)

Arkea haittaavia ongelmia ovat myös vaikeus hahmottaa rahan käsittelyä hintoja vertaamalla sekä määrien ja mittasuhteiden arvioiminen. Myös aikasuhteen käsittämisessä voi olla hankaluutta: sairastunut ei välttämättä ymmärrä kumpi on aikaisemmin, huominen vai ylihuominen. (Laihosalo & Jehkonen 2009, 4–6.)

Vasemman aivopuoliskon vaurioissa myös tahdonalaisten liikkeiden säätely on häiriintynyt. Tätä kutsutaan apraksiaksi. Apraksia ilmenee liikkeiden ja eleiden hitautena ja kömpelyytenä. Apraksiasta kärsivä ei osaa pyydettyä esimerkiksi laittaa kättään nyrkkiin mutta apraksia voi ilmetä myös vaikeutena käyttää arkipäiväisiä esineitä. Voi olla myös vaikeutta valita oikeaa esinettä tiettyyn käyttötarkoitukseen. Apraksia voi haitata kuntoutumista, sillä se heikentää uusien liikeratojen oppimista. (Laihosalo & Jehkonen 2009, 4–6.)

3.2 Psykkiset ja sosiaaliset haasteet

Aivoverenkiertoon sairastutaan yleensä yllättäen ja voimakkain oirein. Tieto on usein puutteellista, kunnes sairastuminen sattuu omalle tai läheisen kohdalle. Erilaiset psyykkiset oireet sairastumisen jälkeen ovat tavallisia. Noin

20–60 prosentilla aivohalvauspotilaista on masennusta. Verenkiertohäiriö on saattanut myös vaurioittaa aivoista aluetta, joka säätelee tunne-elämää. Voi olla mahdollista, että masennus johtuu aivoihin tulleesta vaurioista tai se voi olla reaktio sairastumiseen. Jos masennusta ei hoideta, se vaikeuttaa kuntoutumista. Äkillinen sairastuminen laukaisee akuutin kriisireaktion. (Prytz 1999, 271–279.)

Masennus eli depressio on tyypillistä aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen myötä. Siitä voi joskus kehittyä jopa hoitoa vaativa sairaus. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan masennus saattaa joskus jäädä tunnistamatta niin omaisilta kuin hoitohenkilökunnaltakin. Syynä tähän voivat olla oireiden kieltäminen, afasia tai potilas ei kykene välittämään tunteitaan puhumalla. Tutkimuksen mukaan on yleistä sairastua masennukseen aivoverenkiertohäiriön yhteydessä. Masennukseen voivat viitata ruokahaluttomuus, unihäiriöt tai kuntoutuspotilas saattaa olla täysin haluton kuntoutumaan. Epämääräiset kivut ja säryt voivat myös viestiä masennuksesta. (Prytz 1999, 280; Dromerick & Reding 1994; Kuikka ym. 1991, 220.)

Aivoverenkiertohäiriö saattaa tuoda haasteita parisuhteeseen. Aivoinfarktin tuomat ongelmat esimerkiksi liikkumiseen tai hahmotuskykyyn, tuovat haasteita parisuhteeseen ja seksuaalielämään. Halvausoireet saattavat hankaloittaa kanssakäymistä sekä tunteiden osoittamista, joissa tarvitaan esimerkiksi käsi-en käyttöä. Myös tuntoaisti saattaa olla joko herkistynyt ja aiheuttaa kipua tai tuntoaisti saattaa olla heikentynyt. Tunteiden ilmaisua häiritsee myös, jos puhekyky on vaurioitunut aivoverenkiertohäiriön seurauksena, jolloin kommunikointi kumppanin kanssa on vaikeaa. (Suomen Sydänliitto ry.)

Roolit perheessä muuttuvat aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen myötä. Sairastuminen koskettaa myös puolisoa sekä koko sosiaalista lähipiiriä. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen avuntarve intiimeissä toiminnoissa sekä itsenäisyyden ja yksityisyyden menettäminen muuttavat puolisoitten rooleja. Roolit muuttuvat etenkin puolison toimiessa avustajana intiimeissäkin toimisissa. Joskus läheiset tai aivoverenkiertohäiriöön sairastunut itsekin määrittelee sairastuneen vain sairauden kautta. Entiset roolit naisena tai miehenä ja puolisoina jäävät sairauden taakse. (Aivoliitto ry 2011.)

Harrastuksiin palaaminen voi tuntua hankalalta ja seurauksena voi olla sosiaalinen vetäytyminen ja syrjäytyminen. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen puoliso käy myös läpi kriisiä, jolloin pitäisi muistaa myös sairastuneen lähipiirin tukeminen. (Aivoliitto ry 2011.)

3.3 Liikkumista rajoittavat tekijät

Aivot säätelevät liikkumista sekä toimintaa. Aivoverenkiertohäiriön seurauksena hermoverkko aivoissa on vaurioitunut. Fysioterapialla pyritään saamaan liikkuminen ja selviytyminen mahdollisuuksien mukaan niin hyväksi kuin

mahdollista. Liikkuminen ei kuitenkaan aina palaudu täysin, jolloin on turvauduttava apuvälineisiin. (Forsblom & Taskinen 1999, 144.)

Aivoverenkiertohäiriön seurauksena on usein toispuolihalvaus. Aivojen ja lihasten välillä on yhteyshäiriö eli käsky ei mene perille, jonka seurauksena kehon toinen puoli ei toimi lainkaan tai se toimii huonosti. Lihakset vaativat tietyn lihasjänteiden eli tonuksen toimiakseen. Lihasjänteys saattaa olla liiallista, jolloin seurauksena on spastisuus eli jäykkyys, tai liian vähäistä, jolloin seurauksena on hypotonisuus. Seurauksena on, että liikkeiden sujuvuus vaikeutuu. Aivoverenkiertohäiriöllä on tavallisesti vaikutuksia lihasjänteeseen. Sairastumisen alussa on tavallista, että lihasjänteitä on liian vähän, myöhemmin se voi taas olla liiallista. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008c.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneella saattaa usein olla kipua olkapäässä. Syynä olkapään kipeytymiseen on, ettei olkanivelen asento välttämättä pysy hyvänä, koska lihasjänteisyys on muuttunut. Kipua olkapäähän saattaa aiheuttaa sekä liian alhainen että liian korkea lihastonus. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010d.)

Tuntoaisti antaa palautetta asennoista, liikkeistä sekä kosketuksesta aivoille. Aivoverenkiertohäiriön vuoksi tuntupalautteen saaminen on häiriintynyt, joten aivot eivät saa normaalia palautetta tuntoaistin kautta. Tuntoaistimukset saattavat olla sairauden myötä ylikorostuneet ja heikentyneet. Aivoverenkiertohäiriön vuoksi esimerkiksi kuumaa saattaa olla vaikea tunnistaa, kosketus saattaa sattua tai jalka voi jäädä huonoon asentoon potilaan itse sitä huomaamatta. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010d.)

Sairastumisen vuoksi on saattanut tulla ongelmia myös tasapainoon. Liikkumisesta suoriutuminen vaatii tasapainoa. Tasapainon hallinnassa on mukana korvan tasapainoelin, tunto, näkö ja lihashallinta sekä aivojen eri osa-alueita. Aivoverenkiertohäiriö voi vaikuttaa tasapainoon, koska vauriota on saattanut syntyä tasapainoa hallitseviin alueisiin. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010d.)

4 MONIAMMATILLINEN TYÖRYHMÄ KUNTOUTUJAN TUKENA

”Moniammatillista yhteistyötä voidaan kuvata sosiaali- ja terveysalan asiakastyössä eri asiantuntijoiden työskentelynä, jossa pyritään huomioimaan asiakkaan kokonaisuus. Yhteisessä tiedon prosessoinnissa eri asiantuntijoiden tiedot ja taidot integroidaan.” (Isoherranen 2005, 14.)

Yhteistyön tekeminen on yhteisen päämäärän saavuttamiseksi tärkeää. Käsite moniammatillinen yhteistyö vakiintui Suomeen 1990-luvulla. Käsitteellä tarkoitetaan, että on jokin yhteinen päämäärä saavutettavana, ongelma ratkaistavana tai päätös, johon etsitään yhdessä uusia ratkaisuja yhdessä keskustellen ja miettien. Moniammatillisuuden hyviä puolia on, että monen eri ammattiryhmän ja asiantuntijan läsnäolo tuo uusia näkökulmia ja tietoa. Moniammatillisen yhteistyön avulla voidaan koota kaikki tieto ja osaaminen yhteen. Yhteistyö edellyttää, että moniammatillisella kuntoutustiimillä on yhteiset käsitteet sekä niiden mukainen yhtenäinen toimintatapa. Lisäksi tulee olla yhteinen päämäärä sekä hyvä tieto- ja taitopohja. Tärkeänä edellytyksenä moniammatilliselle yhteistyölle on myös muiden työntekijöiden ammattitaidon arvostaminen. (Isoherranen 2005, 13–14; Forsblom ym. 2001, 149.)

Moniammatilliselle yhteistyöllä on myös tyypillistä, että keskustelu ja päätöksenteko tapahtuvat yhteisesti sovituin säännöin. Tarvittaessa myös kuntoutuja itse tai läheinen voivat osallistua keskusteluun. Tällä tavoin kaikki voivat osallistua keskusteluun ja päätöksentekoon. Myös asiakkaan ja hänen verkostonsa näkökulma pitäisi ottaa huomioon prosessiin sekä kohdata asiakas mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Isoherranen 2005, 14–16.)

Moniammatillisessa yhteistyössä korostuu viisi pääkohtaa: asiakaslähtöisyys, tiedon ja taidon kokoaminen yhteen, rajojen ylitykset, vuorovaikutustietoinen yhteistyö sekä verkostojen huomioiminen. Lähtökohtana moniammatillisessa yhteistyössä on aina asiakas. Tavoitteena on myös poistaa pirstaleinen ajattelu ja tehdä ajattelusta holistista eli kokonaisvaltaista. Yhteistyön yhteydessä puhutaan myös synergiasta, joka tarkoittaa, että ryhmän yhteinen panos tuottaa paremman lopputuloksen kuin yksittäisten ihmisten suoritukset yhteensä. (Isoherranen 2005, 14.)

Moniammatillisen peruspiirteisiin kuuluu myös rajojen ylittäminen, jolla tarkoitetaan eri ammattiryhmien roolirajojen rikkoutumista. Roolirajojen rikkoutumiseen liittyy opetusta sekä ohjaamista eri ammattiryhmien kesken, esimerkiksi fysioterapeutti voi opastaa hoitohenkilökuntaa potilaan kuntouttamisessa. (Isoherranen 2005, 16.)

4.1 Moniammatillisuus kuntoutustiimissä

Neurologisen kuntoutuspotilaan hoidon suunnittelu ja toteutus on ryhmätyötä ja sillä pyritään, että kuntoutuja saisi kaikki tarvittavat tukitoimet kuntoutuksessa ja mahdollisessa kotiutuksessa. Moniammatilliseen työryhmään kuuluvat fysioterapeutti, toimintaterapeutti, neuropsykologi, hoitohenkilökunta sekä puheterapeutti, neurologi ja sosiaalityöntekijä. (Satakunnan sairaanhoitopiiri 2012.)

Fysioterapeutin tehtävänä on arvioida AVH-potilaan liikkumista ja toimintakykyä. Fysioterapeutti arvioi myös aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen kuntoutumismahdollisuuksia. Fysioterapian tavoitteena on toiminta- ja työkyvyn palautuminen mahdollisimman hyväksi. Tavoitteena on aloittaa fysioterapia mahdollisimman nopeasti aivoverenkiertohäiriöön sairastumisen jälkeen, heti kun sairastuneen tila on tarpeeksi vakaa. Fysioterapiassa opetellaan liikkeet ja toiminnot uudelleen. Kuntoutuminen vaatii useita toistoja sekä aktiivista harjoitusta. Oleellista on, että kaikki AVH-potilaan kanssa toimivat ohjaavat häntä mahdollisimman samalla tavalla. Fysioterapeutin tehtäviin kuuluu myös arvioida apuvälineiden tarve, ohjaa niiden käytössä sekä hankinnassa. Myös omaisten ohjaus kuuluu fysioterapeutin tehtäviin, jotta kuntoutuminen etenisi myös päivittäisissä toimissa ja liikkumisessa silloin, kun fysioterapeutti ei ole paikalla. Kun kuntoutus etenee, avustamisen osuus vähenee ja sairastuneen oma itsenäinen suoriutuminen lisääntyy. (Kanta-Hämeen keskussairaala n.d., 7.)

Toimintaterapiassa kuntoutetaan aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta lääkärin läheteellä. Toimintaterapian avulla tuetaan toimintakykyä, ylläpidetään ja parannetaan, niin että aivoverenkiertohäiriöön sairastunut pystyy elämään mahdollisimman tavallista elämää omassa ympäristössään. Toimintaterapian tarkoituksena on myös löytää uusia toimintatapoja toimintarajoituksista huolimatta, jotta aivoverenkiertohäiriöön sairastunut kykenee huolehtimaan itsestään, elää tavallista elämää sekä mahdollisesti tehdä töitä. Toimintaterapiassa arvioidaan sairastuneen selviytymistä muuttuneessa elämäntilanteessa. (Kanta-Hämeen keskussairaala n.d., 8).

Toimintaterapia hyödyttää yleensä kuntoutujaa, jolla on vaikeuksia selviytyä päivittäisistä toimista. Tavoitteena on yhteistyöllä löytää ratkaisuja haastaviin tilanteisiin arkielämässä. Toimintaterapeutti voi myös ohjata AVH-potilaan läheisiä sekä arvioida kodin vaatimia muutostöitä ja apuvälineiden tarvetta kotiutumistilanteessa. (Suomen Toimintaterapeuttiliitto ry.)

Neuropsykologi tutkii erilaisten tehtävien kautta aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen psyykkistä käyttäytymistä. On tavallista, että aivoverenkierron häiriön jälkeen sairastuneelle tulee erilaisia kognitiivisen toiminnan tai tunnekokemuksien muutoksia. Neuropsykologisen tutkimuksen perusteella kartoitetaan tarvetta jatkossa neuropsykologiselle kuntoutukselle. (Kanta-Hämeen keskussairaala n.d., 10; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010c.)

Hoitohenkilökunta seuraa AVH-potilaan matkaa kuntoutukseen alkuvaiheesta aina kotiutumiseen saakka ja ympäri vuorokauden. Hoitajat huolehtivat kuntoutuksen toteutumisesta sekä hoidosta kellon ympäri. Hoitohenkilökunta osallistuu yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa kuntoutuksen suunnitteluun ja toteutukseen sekä arviointiin. Hoitohenkilökunta toteuttaa kuntouttavan hoitotyön periaatteita. Akuuttivaiheessa hoitohenkilökunta hoitaa AVH-potilaan asentohoidot vuodelepovaiheen aikana. Hoitaja myös tarkkailee akuuttivaiheessa esimerkiksi mittaamalla verensokeria, kipua, verenpainetta, tajuntaa sekä muita neurologisia oireita. Kuntoutumisen edetessä hoitaja harjoittelee AVH-potilaan kanssa päivittäin ruokailutilanteita, pukeutumista, peseytymistä ja peseytymistä sekä muita päivittäisiä toimia. (Kanta-Hämeen keskussairaala n.d., 7.)

Puheterapiaa tarvitsevat ne AVH-potilaat, joilla on vaikeuksia puheen, äänen, kommunikoinnin, nielemisen tai suun alueen sensomotoriikan saralla. Puheterapeutin työ on potilaan tutkimista, ohjausta sekä jatkokuntoutustarpeen arviointia. Puheterapeutti myös arvioi, kuinka vaikeasta häiriöstä on kyse sekä mitkä toiminnot ovat säilyneet aivoverenkiertohäiriöstä huolimatta. Puheterapeutin työ perustuu arviointiin, esitietoihin, havainnointiin, haastatteluun sekä testeihin. Aivoverenkiertohäiriöstä johtuvia puheterapiaa vaativia häiriöitä ovat afasia, dysartria eli puheartikulaation ongelma sekä nielemisen vaikeudet. (Kanta-Hämeen keskussairaala n.d., 7; Aivoliitto ry n.d.b; Suomen Puheterapeuttiliitto ry.)

Neurologi on neurologiaan erikoistunut lääkäri, joka arvioi potilaan tilaa, jatkokuntoutustarpeen sekä seuraa potilaan tilaa lääketieteelliseltä kannalta. Neurologi havainnoi potilasta ja tarkkailee mahdollisia oireita sekä määrittää tutkimuksia sekä huolehtii lääkityksestä. (Kanta-Hämeen keskussairaala n.d., 7; Soinila & Launes 2006, 66.)

Sosiaalityöntekijä auttaa aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta elämän muutoksissa ja erilaisissa etuisuuksiin liittyvissä asioissa. Sosiaalityöntekijä tuo sairaalassa hoitotapahtumaan yhteiskunnallisen näkökulman sekä tuntee sosiaalihuoltoon ja palveluverkostoon liittyviä asioita, joita sairastunut saattaa tarvita. Sairastuminen muuttaa esimerkiksi toimeentuloon liittyviä seikkoja, ja sosiaalityöntekijän apua saatetaan näissä asioissa tarvita. (Apponen 1999, 176.)

4.2 Aivojen muovautuvuus kuntoutumisen perustana

Kuntouttavalla hoitotyöllä tarkoitetaan moniammatillista yhteistyötä, jossa edetään suunnitelmallisesti ja edistetään potilaan kuntoutumista. Käsite kuntoutus on tulevaisuuteen suuntaavaa sekä myös asettaa odotuksia. Tyypillistä kuntoutukselle on, että tarve siihen on todettu, esimerkiksi on tehty diagnoosi.

Kuntoutus pohjautuu siihen, että on laadittu suunnitelma sekä monen eri asiantuntijan yhteistyöhön. (Survikas, Laurell & Nordman 2010, 8–11.)

Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen alkuvaiheen kuntoutus on erittäin tärkeää. Jos kuntoutus aloitetaan riittävän varhain, on mahdollisuudet kuntoutua mahdollisesti jopa omatoimiseksi. Kuntoutuminen hyödyttää aivoverenkiertohäiriöön sairastunutta iästä ja sairauden vaikeudesta riippumatta. Sairauden hoitoajat lyhenevät sekä elämänlaatu paranee tehokkaan kuntoutuksen ansiosta. Tehokasta kuntoutusta on mielekästä jatkaa noin vuoden ajan sairastumisesta. Kuntoutuksella voidaan parantaa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen toimintakykyä sekä vähentää ulkopuolisen avun tarvetta. (Aivoliitto ry n.d.a; Jäkälä 2011, 332.)

Aivoissa vaurioituneen hermokudoksen uusiutumiskyky on rajallinen. Aivojen neuronit eivät uusiudu kuten muut solut elimistössä. Neuronit eivät uusiudu mutta ne voivat muuttua oppimisen kautta. Kuntoutumisen perusta on, että aivoissa joustavuutta. On mahdollista, että hermopäätteet voivat uusiutua jonkin verran ja näin syntyy uusia yhteyksiä hermosolujen välille. Tärkein tekijä toimintojen palautumisessa on aivojen joustavuus. Jotta aivot voivat muovautua uudelleen, tarvitaan aktiivista kuntoutusta. Mitä nopeammin kuntoutus alkaa, sitä tehokkaampi on aivojen muovautuvuus. Nopeimmillaan muovautuvuus on ensimmäisten viikkojen aikana aivoverenkiertohäiriöstä. Kuitenkin muovautuvuus jatkuu jossain muodossa kuukausia. Tutkimuksissa on todettu, että tehokas kuntoutus auttaa aivojen uudelleen muovautumista. (Forsblom, Kärki, Leppänen & Sairanen 2001, 26; Sivenius & Jolkkonen 2004.)

5 KUNTOUTTAVA HOITOTYÖ JA KUNTOUTUMISEN ARVIOINTI KUNTOUTUSOSASTOLLA

Tässä luvussa kuvaillaan, minkälaista työtä Riihimäellä kuntoutusosastolla tehdään ja kuinka kuntoutusta siellä arvioidaan. Lisäksi käsitellään kotiloman merkitystä kuntoutumisprosessissa sekä aivoverenkiertohäiriöpotilaan selviytymistä ja kotiutumista.

Kanta-Hämeen keskussairaalan neurologisella kuntoutusosastolla on 12 paikkaa neurologisille kuntoutuspotilaille. Potilaat ovat pääasiassa aivoinfarktipotilaita. SAV sekä aivoverenvuotopotilaita hoidetaan myös kuntoutusosastolla toisinaan. Aivovamman saaneita potilaita kuntoutusosastolla hoidetaan myös mutta he ovat kuitenkin vähemmistönä, joten kyseistä potilasryhmää ei tässä opinnäytetyössä käsitellä.

Neurologisella kuntoutusosastolla Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikössä toimii ammattitaitoinen moniammatillinen työryhmä. Työryhmään kuuluvat hoitohenkilökunta eli sairaanhoitajat ja perus- tai lähihoitajat, osastonsihteeri, fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja, puheterapeutti, neurologi, sosiaalityöntekijä sekä neuropsykologi. Myös psykiatriaa konsultoidaan tilanteen sitä vaatiessa. Tarvittaessa käytössä on myös ravintoterapeutti, koska joillakin potilailla voi kuntoutumisen alkuvaiheessa olla nenä-maha-letku tai peg-letku ravinnon saannin turvaamiseksi.

Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikössä moniammatillinen työryhmä kokoontuu kerran viikossa pitämään kuntoutuspalaveria. Palaverissa käsitellään ennalta sovittujen kuntoutuspotilaiden asioita. Kuntoutuspalaveriin osallistuvat hoitaja, fysioterapeutti, toimintaterapeutti, puheterapeutti, sosiaalityöntekijä, neuropsykologi sekä neurologi. Palaverissa arvioidaan kuntoutumisen edistymistä sekä käsitellään muita potilaan ajankohtaisia asioita kuntoutumisen ohella. Kuntoutuspalaveriin osallistuu usein myös kuntoutujan omaisia, koska tukiverkoston tuki on kuntoutumisessa avainasemassa. Palaverissa jokainen ammattiryhmä kertoo oman havaintonsa kuntoutumisen edistymisestä. Palaverissa jokainen tuo myös oman ammattitaitonsa ja näkemyksensä esille sekä näkemyksen siitä, kuinka kuntoutus voisi jatkuu. Palaverin lisäksi neurologi kiertää vielä kuntoutuspotilaat, joiden asiat eivät itse palaverissa olleet esillä. Näin kaikkien kuntoutuspotilaiden edistyminen huomioidaan.

Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön neurologisella kuntoutusosastolla arviointimenetelminä ovat FIM-toimintakykymittari sekä arviointilomake kotilomalle. Omat arviointimittarinsa on myös käytössä toiminta- ja fysioterapeutilla sekä testinsä neuropsykologilla mutta edellä mainitut mittarit ovat hoitohenkilökunnan käytössä. Olen valinnut tähän opinnäytetyöhön koti-

loman arviointilomakkeen sekä FIM-toimintakykymittarin siis siitä syystä, että ne ovat sairaanhoitajan työvälineitä kuntoutusosastolla.

5.1 Kuntouttava hoitotyö kuntoutusosastolla Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikössä

Terveystieteiden laaki velvoittaa laatimaan potilaalle hoito- ja kuntoutussuunnitelman, kun hoito on kiireetöntä ja pitkäaikaista. Suunnitelma on potilasasiakirja ja osa potilaskertomusta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 60.)

Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön neurologisella kuntoutusosastolla laaditaan potilaan tullessa hoitotyönsuunnitelma sähköisen potilastietojärjestelmän hoidonseurantalehdelle (Effic/WHOIKE). Potilaan kuntoutumista seurataan ja kirjataan päivittäin. Myös fysioterapeutit ja toimintaterapeutit kirjaavat hoidonseurantalehdelle hoitohenkilökunnan lisäksi. Näin fysio- ja toimintaterapeutit pääsevät helposti lukemaan hoitohenkilökunnan tekstejä ja päinvastoin. Kuntoutussuunnitelma laaditaan moniammatillisessa työryhmässä kuntoutuspalaverissa.

Aivoinfarktiin sairastuneelle tehdään arvio kuntoutumisesta, sen tarpeesta ja hyödyistä. Kuntoutumisen tarpeen kartoittaminen vaatii moniammatillista työryhmää. Potilaat hyötyvät saamastaan hoidosta moniammatillisessa aivohalvauksyksikössä. Kuntoutumista tapahtuu potilaan iästä, sairauden vakavuudesta tai sukupuolesta riippumatta. Kansanvälisen tutkimuksen mukaan viisi sairastunutta enemmän voi palata asumaan kotiinsa itsenäisesti, kun sairastunut on saanut moniammatillista kuntoutusta. Tutkimuksessa moniammatillista kuntoutusta saaneita potilaita on verrattu niihin, jotka ovat sairastumisen jälkeen olleet tavallisella vuodeosastolla. (Takala, Peurala, Erilä, Huusko, Viljanen, Ylinen & Sivenius 2010, 399.)

Potilaalle laaditaan kuntoutussuunnitelma yhdessä potilaan ja omaisten kanssa. Kuntoutuksen kesto vaihtelee potilaasta ja sairauden vakavuudesta riippuen. Noin 40 prosenttia sairastuneista tarvitsee pitkäkestoista kuntoutusta. Kuntoutuksesta huolimatta aivoverenkiertohäiriöistä seuraa pysyviä oireita. Kuntoutus sairastumisen alkuvaiheessa on erityisen tärkeää, sillä riittävän varhain aloitettu moniammatillinen kuntoutus takaa parhaan lopputuloksen potilaan kannalta. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ihmisen jatkokuntoutuksen tarve arvioidaan säännöllisesti, ja jatkokuntoutusta jatketaan potilaan tarpeen mukaan sairaalahoidon jälkeenkin. Suuressa osassa kuntoutumisesta on potilaan oma motivaatio sekä aktiivisuus kuntoutua. Sairastuminen aivoverenkiertohäiriöön aiheuttaa suuren elämänmuutoksen sairastuneelle sekä hänen läheisilleen. Erilaisia sopeutumisvalmennuskursseja on järjestetty uuden elämäntilanteen kohtaamisen helpottamiseksi. Noin 50–70 prosenttia sairastuneista on kuntoutunut itsenäiseksi kolmen kuukauden kuluttua sairastumisesta, 15–30 prosenttia jäänyt pysyvästi vammautuneeksi sekä 20 prosenttia vaatii laitoshoidoa. (Aivoliitto ry n.d.a.)

5.2 Kotilomien ja ympäristön merkitys kuntoutumisessa

Tutkimuksen mukaan kotilomat kuntoutumisen osana on todettu hyviksi, koska sairastunut on pystynyt itse näkemään, kuinka kotonaan selviytyy. Liikkumista kotona omassa ja tutussa elinympäristössä on hyvä harjoitella ennen kuin potilas kotiutuu. Kyky liikkua on usein muuttunut aivoverenkiertohäiriön myötä. Tämän vuoksi joissakin tilanteissa kotiin voi lähteä toimintaterapeutti ja/tai fysioterapeutti arvioimaan liikkumista ja toimimista kotiooloissa. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008c; Purola 2000.)

Kotiloma on ajankohtainen siinä vaiheessa kuntoutumista, kun on varmaa, että kotiloma voi toteutua turvallisesti. Moniammatillinen työryhmä arvioi kuntoutuspotilaan tilanteen ja onko ajankohta kotilomalle sopiva. Jos kuntoutuspotilaan tila ei salli kotilomaa yön yli, niin voi olla mahdollisuus esimerkiksi lähteä ostoksille tai käymään kotona. Monesti myös potilaan tilan lisäksi täytyy huomioida myös läheiset ja heidät jaksamisensa ja mahdollisuutensa auttaa kuntoutuspotilasta kotona. Lisäksi pitää arvioida, millä kulkuneuvolla kotilomalle mennään, onko syytä esimerkiksi käyttää invataksia vai onko tavallinen henkilöauto sopiva kulkuneuvo. Lisäksi kotiin saattaa tarvita mukaan esimerkiksi vessatuolin tai virtsapullon. Kuntoutuja saa myös lääkkeet mukaan kotilomalle ja on tärkeää, että kotona on joku, joka huolehtii turvallisesta lääkkeenotosta.

5.3 Kuntoutumisen arviointi neurologisella kuntoutusosastolla Riihimäellä

Kuntoutumista arvioidaan neurologisella kuntoutusosastolla päivittäin. Hoitohenkilökunta arvioi toimiessaan potilaan kanssa esimerkiksi tarkkaillen, kuinka potilas selviytyy henkilökohtaisesta hygieniasta tai lääkkeiden otosta. Hoitohenkilökunnalta vaaditaankin ammattitaitoa arvioida potilasta sekä toteuttaa kuntouttavaa hoitotyötä.

Lisäksi arviointiin on olemassa erilaisia mittareita ja lomakkeita, joista käytössä on FIM – toimintakykymittari sekä tässä opinnäytetyössä käsiteltävä kotiloman arviointilomake, joita hoitohenkilökunta käyttää arvioimisen välineinä Riihimäen yksikön kuntoutusosastolla. Mittareiden tarkoituksena on antaa objektiivista tietoa, joka perustuu tutkittuun ja testattuun tietoon. Lisäksi mittareiden tarkoituksena on toimia ikään kuin yhteisenä kielenä moniammatillisessa työryhmässä ja eri laitosten välillä. (Forsblom ym. 2001, 144.)

5.3.1 FIM -toimintakykymittari

Neurologisella kuntoutusosastolla Riihimäellä on käytössä FIM– toimintakykymittari, (The FIM – System). FIM – toimintakykymittari on kuntoutuksen seuranta- ja arviointikokonaisuus. Mittaria käytetään kuntoutuksen hyödyn mittaamiseen, tulosten mittaamiseen sekä kuntoutuksen seurantaan. Yhdysvaltalainen Uniform Data System for Medical Rehabilitation (UDSMR) on

myöntänyt järjestelmän yksinoikeuden Qualisan Oy:lle Suomessa. Järjestelmän pääajatus on toimintakykymittarissa, joka koostuu 18 päivittäisestä toiminnasta. Järjestelmän käyttöön koulutetaan henkilökuntaa ja pätevyyttä ylläpidetään koulutuksilla kahden vuoden välein. FIM – järjestelmä on lisensoitu. (Opas kuntoutuksen yhtenäiseen seuranta- ja arviointijärjestelmään, 9.)

FIM – toimintakykymittari käsittelee 18:sta päivittäistä toimintoa ja niistä selviytymistä. Päivittäisiä toimintoja ovat esimerkiksi ruokailu, siistiytyminen, peseytyminen, ylä – ja alavartalon pukeminen, wc-toimet sekä virtsarakon hallinta. Lisäksi arvioidaan liikkumista, ymmärtämiseen ja itsensä ilmaisemiseen liittyviä kysymyksiä sekä muistia ja ongelmaratkaisua. (Opas kuntoutuksen yhtenäiseen seuranta- ja arviointijärjestelmään, 42–81.)

FIM – toimintakykymittari on painottunut fyysisen toimintakyvyn arvioimiseen. Henkisen toimintakyvyn mittaamiseen se on karkea ja terveydentilaa mittari ei huomioi lainkaan. Kuntoutuspotilaan arviointi tulisi FIM – toimintakykymittarilla suorittaa kuntoutusjakson alussa, keskivaiheessa sekä lopussa. (Forsblom ym. 2001, 145.)

5.3.2 Arviointilomake kotilomalle lähtijälle

Osastolla on käytössä arviointilomake potilaalle, joka on ensimmäistä kertaa lähdössä kotilomalle. Ennen kotilomalle lähtemistä potilaan tilaa arvioidaan moniammatillisesti. Fysioterapeutti sekä toimintaterapeutti arvioivat potilaan kykyä selviytyä kotilomasta, jonka jälkeen he pyytävät potilaalle lomalupaa osaston lääkäriltä. Lääkäri lopulta päättää, saako potilas lähteä kotilomalle. Jos lääkäri katsoo, ettei potilas voi yöpyä kotona, voi olla mahdollisuus saada myös lupa päivälomaan. Päivälomalle ei yleensä lomaketta anneta mukaan. Lomakkeen täyttää potilaan läheinen ja arvioi kotona pärjäämistä. Lomalle lähtiessään, potilaalla tulee olla läheinen aikuinen ihminen turvaamassa, että kotiloma toteutetaan turvallisesti ja potilaan kuntoutumista parhaan mukaan tukien.

Lomakkeessa kartoitetaan aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen elinympäristö, esimerkiksi asuuko sairastunut omakoti- vai kerrostalossa, onko talossa hissi vai ei, kuka kotiloman sujumista arvioi, päivittäisissä toiminnoissa selviytymistä, liikkumista ulkona ja sisätiloissa sekä onko kuntoutuja ollut oma-toiminen. Arviointilomakkeessa selvitetään myös kuntoutujan neuropsykologiset ongelmat, joita sairaus on mahdollisesti aiheuttanut sekä mielialamuu- tokset.

5.4 Aivoverenkiertohäiriöpotilaan kotiutuminen

Aivoverenkiertohäiriöön sairastunut tarvitsee usein tukea elämänsä ja asioi- densa järjestelyyn jonkin aikaa sairastumisen jälkeen. Usein epätietoisuus asi- oista, jotka pitää hoitaa, aiheuttaa ahdistusta sekä sairastuneelle että hänen lä-

hipiirilleen. Tahot, joihin aivoverenkiertohäiriöön sairastunut on kotiutuminen osalta yhteydessä, ovat Kansaneläkelaitos, sosiaalitoimisto sekä terveyskeskus tai sairaalan poliklinikka. (Peevo 1999, 252.)

Työikäiset, yrittäjät sekä opiskelijat ja työttömät voivat hakea sairauspäivärahaa sairausloman ajalle. Sairaalamaksut veloitetaan yleensä vasta hoitojakson jälkeen ja lasku lähetetään potilaan kotiin. Jos sairastuneen omat tulot eivät riitä sairaalamaksujen maksamiseen, voi omalta kunnalta hakea toimeentulotukea avuksi laskun maksamiseen. Matkoista sairaalaan tai kuntoutukseen voi hakea korvausta Kelasta. Lääkärin määräämistä lääkkeistä, joista on mahdollista saada normaalia suurempi korvaus, kirjoitetaan B-todistus, joka täytyy toimittaa Kelaan. Kun AVH-potilas kotiutuu, täytyy miettiä, mitä kotiapuja kotiin tarvitaan. Saattaa olla, että kotiin tarvitaan esimerkiksi ateriapalvelu tai turvapuhelin kotona selviytymisen tueksi. Kotiavut ovat maksullisia palveluita. (Kanta-Hämeen keskussairaala n.d., 11.)

Kävely saattaa olla vaikeutunut sairastumisen myötä ja voi olla, että tarvitaan apuvälineitä. On mahdollista saada invalidin pysäköintilupa, joka auttaa esimerkiksi kaupassa käyntiä ja päivittäisten asioiden hoitoa. Ennen invalidin pysäköintiluvan saamista lääkäri arvioi haittaluokan suuruuden. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen on mahdollista saada myös kuljetuspalvelua sosiaalihuoltolain perusteella. Kuljetuspalvelulla tarkoitetaan lupaa käyttää taksia linja-auton hinnalla. (Kanta-Hämeen keskussairaala n.d., 11.)

Lisäksi lääkäri arvioi jatkokuntoutuksen tarpeen AVH-potilaan kotiutuessa. Jatkokuntoutus järjestyy joko terveydenhuollon tai yksityisen tahon kautta. Yksityisen palveluntarjoajan palveluita saadaan käyttöön maksusitoumuksella. Kuntoutuja maksaa omavastuun. Kelalta saa tukea harkinnanvaraiseen kuntoutukseen, joka auttaa työssä tai opiskeluissa jaksamista ja niihin paluuta. (Kanta-Hämeen keskussairaala n.d., 11.)

Omaishoidon tuella tarkoitetaan tukea, jota omainen saa korvaukseksi apua tarvitsevan omaisensa hoitamisesta. Ehdot omaishoidon tuen saamiseen voivat vaihdella eri kunnissa. Erilaisia sopeutumisvalmennus- ja kuntoutuskursseja myös järjestetään muun muassa Aivoliiton toimesta. (Kanta-Hämeen keskussairaala n.d., 11.)

6 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Henna Rinnekangas ja Janika Uusitalo Hämeen ammattikorkeakoulusta ovat tehneet opinnäytetyön aiheesta Aivoinfarktipotilaiden kokemuksia kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Tutkimus tehtiin erään eteläsuomalaisen keskussairaalan vuodeosastolla vuonna 2009. Tarkoituksena oli selvittää aivoinfarktipotilaiden kokemuksia kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Tietoa haluttiin aivoinfarktipotilaiden kokemuksista ja kokemusten avulla kehittää kuntoutumisotetta eteläsuomalaisen keskussairaalan vuodeosastolla. Aihe koettiin tärkeäksi, koska aivoinfarktipotilaat ovat yksi suurimmista vammaa aiheuttavista sairauksista Suomessa. Aineisto kerättiin teemahaastattelun avulla ja analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä. Tutkimuksessa saatiin tietoa siitä, että potilaat ovat yleensä tyytyväisiä saamaansa hoitoon kyseisellä vuodeosastolla.. Potilaat olivat sitä mieltä, että moniammatillinen yhteistyö hoidon suunnittelussa ja toteutuksessa ovat tärkeitä. Tutkimuksessa nousi esille, että hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää erityistä huomiota potilaan tiedonsaantiin ja ohjaukseen. Lisäksi potilaat kokivat, että heidän tulisi saada osallistua enemmän hoidon ja jatkohoidon suunnitteluun. (Rinnekangas & Uusitalo 2009.)

Susanna Koivisto ja Laura Turunen Tampereen ammattikorkeakoulusta ovat tehneet tutkimuksen Aivoverenkiertohäiriöpotilaan alkuvaiheen moniammatillinen kuntoutus Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveyskeskussairaалassa. Tutkimus tehtiin vuonna 2011. Tarkoituksena oli kehittää AVH-potilaan alkuvaiheen moniammatillista kuntoutusta terveyskeskussairaalan vuodeosastolla. Työn tavoitteena oli kehitellä yhtenäinen toimintamalli laadukkaasta ja tasalaatuisesta moniammatillisesta kuntoutuksesta heti osastolle tulon jälkeen. Osastolle tehtiin toimintamalli ensimmäisen vuorokauden muistilistasta, laminoidut potilashoitohuoneen seinille tulevat asentohoitokuvat ja nielemisen arviointilomake, joka oli suunniteltu pääsääntöisesti osaston henkilökunnan päivittäiseen käyttöön. Tutkimuksen teoriaosuus tehtiin pohjustamaan osaston uutta toimintamallia ja toimimaan tietopakettina moniammatillisessa yhteisössä. Tutkimuksessa myös avoimilla kysymyksillä haastateltiin hoitohenkilökuntaa ja heidän tietouttaan AVH-potilaiden hoidossa. Tämä oli yleisesti tiedossa hoitohenkilökunnalla mutta haluttiin enemmän tietoa halvautuneen puolen asentohoidosta. (Koivisto & Turunen 2011.)

Maija Jalkanen ja Tuula Koskinen Jyväskylän ammattikorkeakoulusta ovat tehneet opinnäytetyön vuonna 2008 aiheesta Kotilomakyselyn uudistaminen AVH-potilaan omaisille Keski-Suomen Sairaanhoidopiirissä. Tavoitteena oli uusia Kinkomaan sairaalassa Keski-Suomen sairaanhoidopiirissä käytössä oleva kotilomakaavake, joka oli osoitettu omaisille. Uudistus tehtiin käyttäen omaisilta ja hoitohenkilökunnalta tulleita palautteita sekä sairaanhoidopiirin olemassa olevan viestintästrategian pohjalta. Lomakkeen tehtävänä on palvella hoitolaitoksen ja kodin välistä yhteistyötä ja tukea onnistunutta kotiutu-

mista. Työhön kerättävä aineisto kerättiin omaisten kokemuksista edellisen lomakkeen täyttämistä ja moniammatillisen hoitohenkilökunnan antamasta palautteesta. Uusittu kotilomakysely palvelee paremmin hoitohenkilökuntaa sen selkeyden ja sen avulla saadun oleellisen tiedon potilaan selviytymisestä kotiloman aikana. Onnistunut lomake auttaa kodin ja hoitolaitoksen välistä yhteistyötä ja edesauttaa onnistuneeseen kotiutumiseen. (Jalkanen & Koskinen 2008.)

Sirpa Iivarinen ja Jukka Kokkinen Jyväskylän ammattikorkeakoulusta ovat tehneet tutkimuksen vuonna 2008 AVH-potilaan kokemuksia saamastaan ohjauksesta neurologisella osastolla. Tarkoituksena on selvittää kokemuksia aivoverenkiertohäiriöpotilaan saamasta ohjauksesta neurologisella osastolla. Tutkittavat olivat sairastaneet iskeemisen aivoverenkiertohäiriön ja kotiutuiivat hoidon jälkeen suoraan kotiin avohoidon piiriin. Tutkimuksessa käsiteltiin kahta ongelmaa: millaisia kokemuksia potilailla on ohjauksen toteutumisesta osastolla sekä miten potilaat ovat selviytyneet kotona? Tutkittava aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Joukossa oli sekä avoimia kysymyksiä että monivalintakysymyksiä. Tutkimuksessa käy ilmi, että ongelmat esiintyvät hoidon jatkuvuudessa. Omaiset ja potilaat olivat epä tietoisia siitä, mihin ottaa tarvittaessa yhteyttä, jos kotona ilmenee jotain ongelmia. Ohjaus kuitenkin arvioitiin yleensä ottaen onnistuneeksi. (Iivarinen & Kokkinen 2008.)

Anne Kuisma Laurea-ammattikorkeakoulusta on tehnyt vuonna 2009 tutkimuksen Toimintamalliehdotus aivoverenkiertohäiriötä sairastavan potilaan tukemiseksi kotihoidossa. Tarkoituksena oli ensin kartoittaa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan hoitoketjua ja antaa uusinta tietoa aivoverenkiertohäiriöistä ja sen vaikutuksista kotihoidon henkilökunnalle. Tavoitteena oli luoda toimiva toimintamalli kotihoidon henkilökunnalle, josta olisi apua kenttätöskentelyyn. Tavoitteena oli myös luoda teoreettinen toimintamalli aivoverenkiertohäiriöisen potilaan kuntoutumisen edistämiseksi ja sairastuneen mielenterveyden tukemiseksi. Toimintamallin uskottiin parantavan kotihoidon työntekijöiden valmiutta kohdata työssään aivoverenkiertohäiriön sairastunut potilas kuntouttavalla työotteella. Teoriaosuus tutkimukselle haettiin alan kirjallisuudesta, aikaisemmista tutkimuksista ja ajankohtaisista artikkeleista. Näiden pohjalta kerättiin tietoa keskeisistä menetelmistä aivoverenkiertohäiriöisen potilaan tukemiseksi kuntoutumisessa ja mielenterveydessä. Tutkimuksessa ehdotettu toimintamalli jakautuu kuuteen osa-alueeseen. Näitä ovat kriisissä olevan ihmisen kohtaaminen, mielenterveyden tukeminen, kuntoutumista edistävä hoitotyö, asiakaslähtöisyys sekä voimavarat ja toivon ylläpitäminen. Kirjallinen toimintamalliehdotus jäi teoreettiseksi, eikä sen toimivuutta arvioitu työelämässä. (Kuisma 2009.)

Maija Pekkola Kymenlaakson ammattikorkeakoulusta on tehnyt vuonna 2009 yhteistyössä Kymenlaakson keskussairaalan kanssa tutkimuksen aiheesta Aivoinfarktipotilaan ohjauksen kehittäminen: potilasoppaan laatiminen. Tarkoituksena oli parantaa aivoinfarktipotilaalle annettavaa ohjausta tekemällä poti-

lasopas, joka oli tarkoitus antaa potilaalle ja hänen omaisilleen ohjauksen yhteydessä. Aivoinfarkti on Suomessa yleinen sairaus, hoitoajat ovat lyhyet ja potilaille tulee paljon hoitovastuuta ja näin ollen riittävä ohjaus on tarpeen, että potilas selviytyy itsenäisesti kotona. Aivotapahtuma tulee yleensä yllättäen mihin ei osata varautua ja koettiin, että suullisen ohjauksen lisäksi olisi hyvä olla kirjallinen potilasopas. Tutkimuksessa kävi ilmi, että sekä potilaat että omaiset kaipaavat lisäinformaatiota aivoverenkiertohäiriöistä sekä suullisesti että kirjallisesti. Näiden tietojen perusteella tavoitteena oli laatia selkeä ja helposti luettava potilasopas johon sisällytetään keskeinen tieto aivoinfarktista. Opas on käytössä Kymenlaakson keskussairaalan ensiavun poliklinikalla sekä neurologisella vuodeosastolla. (Pekkola 2009.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Opinnäytetyöni tarkoituksena oli tuottaa teoretietoa aivoverenkiertohäiriöistä ja kuntouttavasta hoitotyöstä moniammatillisessa työryhmässä sekä laatia Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön neurologiselle kuntoutusosastolle lomake, jolla arvioidaan kuntoutuspotilaan selviytymistä kotilomalla. Osastolla oli käytössä lomake, jolla potilaiden kotilomaa on arvioitu mutta usealta taholta on tullut palautetta, että lomaketta olisi syytä kehittää. Tarkoitus onkin ollut kehittää sitä mutta henkilökunnan ajanpuutteen vuoksi sitä ei ole ehditty tehdä. Tarkoituksena oli myös saattaa lomake sähköiseen muotoon, jotta se olisi henkilökunnan tulostettavissa sekä mahdollisesti pitää myöhemmin keväällä 2013 osastotunti, jossa uusi arviointilomake esitetään.

Tarkoituksena oli laatia arviointilomake, jonka avulla saadaan tietoa siitä, kuinka potilas selviytyy kotona ja että lomakkeen antamasta informaatiosta olisi hyötyä arvioitaessa esimerkiksi sitä, millaisia apuja potilas kotiutuessaan tarvitsee tai onko potilaalla vaikeuksia toimia kotioloissa. Lomakkeen kehittäminen oli tärkeää siitäkin syystä, että siitä saataisiin kaikki oleellinen tieto kotiloman sujumisesta ja avuntarpeesta kotona sekä mahdollisista muutoksista kotona.

Tavoitteenani tässä opinnäytetyössä on kehittää aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan kuntoutumisen arviointia, hoidon laatua sekä moniammatillista yhteistyötä Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön neurologisella kuntoutusosastolla. Tavoitteenani on myös teoriaosuuden kautta selvittää, mitkä seikat ovat tärkeitä aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen kannalta ja mitkä ovat tärkeimmät aivoverenkiertohäiriöt.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa teoretietoa aivoverenkiertohäiriöistä ja kuntouttavasta hoitotyöstä moniammatillisessa työryhmässä sekä laatia arviointilomake kuntoutuspotilaalle kotilomalla selviytymisestä.

8 TOIMINNALLISEN OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

Toiminnallisella opinnäytetyöllä tarkoitetaan työelämän kehittämistyötä ja sillä tavoitellaan käytännön toiminnan kehittämistä. Yleensä toiminnallisella opinnäytetyöllä on toimeksiantaja. Toteutustapana voi olla esimerkiksi opas tai kuten tässä opinnäytetyössä, arviointilomake. Toiminnallinen opinnäytetyö sisältää kaksi osuutta: teoreettisen viitekehyksen ja opinnäytetyöraportin sekä toiminnallisen osuuden eli produktin. (Virtuaaliammattikorkeakoulu n.d.)

Toiminnallisen opinnäytetyön, jolla on toimeksiantaja, lisää vastuuntuntoa sekä tekee aikataulutuksesta täsmällisempää sekä edellyttää tiimityötä. Lisäksi toimeksi annettu opinnäytetyö lisää projektin hallintaa. Toiminnallisen ja toimeksi annetun opinnäytetyön avulla pääsee käyttämään opittuja asioita käytännössä ja motivaatiota lisää, että tuntee toteuttavansa työelämälle hyödyllistä ja omaa ammattitaitoa kasvattavaa projektia. (Vilka & Airaksinen 2003, 16–19.)

Tämän opinnäytetyön toiminnallinen osuus nivoutuu tiiviisti työelämään ja näin sillä voidaan luoda suhteita, jotka ovat avuksi työelämässä. Tämän opinnäytetyön myötä ammattitaito tehdä työtä neurologisella kuntoutusosastolla on kasvanut ja on tapahtunut ammatillista kehitystä.

Opinnäytetyön toteutukseksi valikoitui toiminnallinen opinnäytetyö, koska tarkoituksena oli kehittää jo olemassa olevaa arviointilomaketta kotilomalle eikä suinkaan tuottaa uutta tietoa. Lisäksi oli tarkoitus tuottaa työelämään lomake, joka otetaan käyttöön ja josta on hyötyä moniammatilliselle kuntoutustiimille neurologisella kuntoutusosastolla Riihimäellä.

9 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

Ajatus opinnäytetyöhön lähti työelämän tarpeesta kehittää lomaketta, jolla voidaan arvioida aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuvan kotilomaa. Teen tämän opinnäytetyön työpaikalleni Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön neurologiselle kuntoutusosastolle. Tässä opinnäytetyössä siis käsitellään teoriassa aivoverenkiertohäiriöitä, niistä kuntoutumista sekä kuntoutumisen arviointimenetelmiä sekä moniammatillisuutta, joka on neurologisen potilaan kuntoutumisessa avainasemassa. Teoriatiedon lisäksi opinnäytetyöhön kuuluu toiminnallinen osuus, joka on neurologisen kuntoutujan arviointilomake kotilomalle. Aihealueet, joita lomakkeessa on käsitelty, ovat tärkeitä neurologisen potilaan kuntoutumisen arvioinnin kannalta.

9.1 Suunnittelu

Jo opinnäytetyöprosessin alussa kyseltäessä omaisilta aiemmin osastolla käytössä olevasta lomakkeesta, syntyi toive siitä, että olisi enemmän tilaa kirjoittaa ja kertoa pärjäämisestä laajemmin omin sanoin. Nykyisessä lomakkeessa on siis rästittavia kohtia, joista ei välttämättä löydy sopivaa vaihtoehtoa. Muutoksia ja kehittämisajatuksia mietittiin myös moniammatillisessa työryhmässä. Lisäksi jo olemassa olevasta arviointilomakkeesta puuttuu kokonaan arviointi siitä, tarvitseeko perhe tai pariskunta tukea sairastumisesta aiheutuneen kriisitilanteen vuoksi. Lomakkeesta puuttuu myös potilaan kyky hahmottaa aikaa tai kelloa. Lomakkeessa on nykyisessä muodossaan myös hyvin vähän vastaus- ja kirjoitustilaa. Jos potilaan omainen tai läheinen kuvailisi kotiloman sujumista laajemmin sanallisesti, voisi lomake antaa enemmän myös kuntoutumisen ja kotiloman sujumisen arviointiin.

Sisältö uuteen kotiloman arviointilomakkeeseen mietittiin kuntoutusosastolla Riihimäellä yhdessä moniammatillisen tiimin kanssa. Lomakkeessa kysytään vain kuntoutumisen kannalta oleellisia asioita. Myös uuden lomakkeen ulkomuotoa käytiin yhdessä läpi ja tultiin siihen päätökseen, että lomakkeen tulisi mahtua kahdelle A4-arkille ja siinä olisi rasti ruutuun -kysymysten sijaan kysymyksiä, joihin voi vastata sanallisesti. Tähän ratkaisuun päädyttiin siitä syystä, että avoimet kysymykset antavat kuntoutujan arviointiin enemmän informaatiota. Sisällöt, joita kotilomanarviointilomakkeessa on käsitelty, käydään läpi myös tämän opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä. Teorialla perustellaan, miksi juuri kyseiset asiat tulee käsitellä lomakkeessa, jolla kotiloman sujumista arvioidaan.

Kotiloman arviointilomakkeet osa-alueita ovat kuntoutuspotilaan kodin ympäristön kuvaus, koska liikkumisesta kotona on hyvä tietää mahdollisen kotiutumisen tai apuvälineiden tarpeen kartoittamisen vuoksi. Myös esimerkiksi liikkumista ulkona tai autoon siirtymistä autoon kysytään lomakkeessa, koska aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuva fyysiset rajoitukset tuovat haasteita juuri esimerkiksi siirtymisessä autoon. Lisäksi lomakkeessa kysytään, tarvitsiko

kuntoutuja apua, sekä siinä kartoitetaan myös kodissa olevat liikkumista haittaavat tekijät.

Toisena osa-alueena on selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. Päivittäisiin toimintoihin kuuluvat peseytyminen, pukeutuminen, wc:ssä käynnit sekä mahdollinen kastelu. Lisäksi kartoitetaan selviytymistä ruoan valmistuksesta, siivouksesta, kaupassa asioinnista sekä kuinka kuntoutuja selviytyy omien lääkkeidensä ottamisesta tai puhelimen käytöstä. Tärkeitä seikkoja ovat myös, kuinka kuntoutuja selviytyy kotiovensa avaamisesta avaimella, portaissa kulkemisesta tai hissin käytöstä.

Muu selviytyminen -osa-alueeseen sisältyy neuropsykologisten häiriöiden sekä psyykkisen tilan kartoittaminen. Koska aivoverenkiertohäiriöön sairastuneella saattaa olla neuropsykologisia häiriöitä, on myös niitä tärkeää kartoittaa. Tässä osa-alueessa kysytään muun muassa onko kuntoutujalla ollut muisti- tai keskittymisvaikeuksia tai ongelmia puheen tuottamisen tai ymmärtämisen kanssa. Lisäksi kysytään ajan ja kulkureittien hahmottamista sekä omaaloitteisuuden muutoksista sekä ongelmista toiminnan suunnitelmallisuudessa. Lisäksi on erittäin tärkeää, että lomakkeessa kysytään vielä kuntoutujan mielialamuutoksista, väsymyksestä ja unettomuudesta. Tämän osa-alueen lopussa on vielä kolme avointa kysymystä, joissa kysytään vielä lisähavaintoja kuntoutuja toiminnasta, kotona mahdollisesti tarvittavaa lisäapua ja huolenaiheita, joita kotiloman aikana on mahdollisesti noussut.

Lomakkeen lopuksi on vielä kotiloman sujumista kokonaisuudessaan arvioiva jana, johon kotilomaa arvioiva voi rastilla merkitä, kuinka loma hänen mielestään onnistui kokonaisuutta ajatellen. Tämä antaa kokonaiskäsityksen loman sujumisesta mahdollisista vastoinkäymisistä huolimatta.

9.2 Toteutus ja arviointi

Oman opinnäytetyön arviointi on tärkeä osa opinnäytetyö- sekä oppimisprosessia. Toiminnallisen opinnäytetyön arvioinnissa tulisi käsitellä työn ideaa, asetettuja tavoitteita, teoreettista viitekehystä, tietoperustaa sekä kohderyhmää. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 154.)

Kotilomanarviointilomakkeen toteutus tapahtui teorian tiedon pohjalta. Ennen kuin lomaketta saattoi alkaa tekemään, oli tiedettävä, mitkä seikat ovat oleellisia aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen arvioinnissa ja näin ollen myös kotiloman arvioinnissa. Uuden lomakkeen toteutuksessa apuna oli lomake, jota aiemmin oli kotiloman arviointiin käytetty. Vanha lomake toimi hyvänä pohjana uudelle mutta tarkoituksen oli kuitenkin kehittää ja luoda uudennäköinen lomake, joten paljoakaan ei vanhasta lomakkeesta otettu ideoita. Aiemmin käytössä olleen sekä uuden arviointilomakkeen sisällöt toki ovat osittain samat.

Opinnäytetyön toteutus alkoi tammikuussa 2013. Silloin aloitettiin teorian hakeminen, lähteiden etsiminen ja sisällysluettelon hahmottelu. Vähitellen alkoi muodostua käsitys, mitä opinnäytetyö tulisi pitämään sisällään. Siinänsä aihe oli helppo rajata, koska tarkoituksena oli käsitellä ainoastaan aivoverenkiertohäiriöpotilaat. Muut neurologiset potilaat, esimerkiksi aivovammat tai MS-tautipotilaat jäivät pois teoreettisesta viitekehyksestä. Tammikuussa 2013 alkoi siis opinnäytetyön teoriaosuuden kirjoittaminen. Samalla kuitenkin mielessä hautui ajatus siitä, millainen arviointilomake kotilomalle voisi olla. Myös työpaikalla kuntoutusosastolla Riihimäellä käytiin keskustelua lähes päivittäin osastonhoitajan, toiminta- ja fysioterapeuttien kanssa sekä työpaikkaohjaajamme kuntoutuspsykologi Elina Castrenin kanssa siitä, mitä lomakkeen ja teoriaosuuden tulisi sisältää. Työpaikka on tarjonnut suunnattomasti apua tämän opinnäytetyön suunnitteluun ja toteutumiseen.

Virallisia palaveriteitä työpaikalla on ollut koko opinnäytetyöprosessin aikana yksi, jossa oli mukana kuntoutuspsykologi, toimintaterapeutti, hoitaja sekä fysioterapeutti. Yhden palaverin lisäksi on käyty lukuisia keskusteluja käytävällä ja kahvihuoneessa. Kuntoutuspsykologi Elina Castren on myös vapaaajallaan perehtynyt tähän opinnäytetyöhön sekä antanut vinkkejä ja korjaus ehdotuksia. Lisäksi osastonhoitaja on aina toisinaan lukenut työn läpi ja kertonut oman näkemyksensä työn etenemisestä. Lomake kehittyi lopulliseen muotoonsa pikkuhiljaa. Siitä tehtiin yhteensä noin kymmenen eri versiota. Muutokset eri versioissa olivat toki pieniä. Jatkossa lomakkeeseen saattaa tulla pieniä muutoksia, jos käytäntö osoittaa, että niihin on tarvetta.

Työpaikalla saadun ohjauksen lisäksi, myös opettajan ohjaus sekä väliseminaarissa 14.2.2013 opponentilta saatu palaute ovat antaneet paljon ajattelun aihetta sekä uusia näkökulmia opinnäytetyön toteuttamiseen. Erilaiset näkökulmat aiheen tarkasteluun on erityisen tärkeitä, koska asiaa hoitajan näkökulma aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumiseen on kuitenkin erilainen kuin esimerkiksi fysioterapeutilla tai toimintaterapeutilla. Yhteiset moniammatilliset palaverit ja keskustelut olivat tämän opinnäytetyön kannalta tärkeässä asemassa.

Tämän opinnäytetyön prosessi on edennyt nopeasti. Aiheen valinnasta opinnäytetyön kieliasun tarkastukseen antamiseen kului noin puolitoista kuukautta. Aikataulu on ollut tiivis ja varsinkin täysipäiväisen työn ohella aikataulutus on ollut erittäin haastavaa.

10 POHDINTA

Tässä luvussa pohditaan opinnäytetyön prosessin etenemistä sekä sen eettisyyttä sekä luotettavuutta. Pohdintaosuudessa arvioin opinnäytetyön sisältöä sekä tarvetta ja teoriaosuuden sisältöä suhteessa opinnäytetyöni tuotokseen eli arviointilomakkeeseen kotilomalle. Lisäksi pohdin opinnäytetyössäni käyttämiäni lähteitä ja niiden luotettavuutta.

10.1 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Työn aihe oli ajankohtainen. Tästä opinnäytetyöstä on tehty myös toinen versio, jossa käytetään myös tämän opinnäytetyön teoriaosuutta. Toisessa versiossa kuitenkin perehdytään enemmän aivoverenkiertohäiriöihin akuuttihoidon näkökulmasta.

Työssäni kohtaan aivoverenkiertohäiriöön sairastuneita, jotka ovat tulleet jatkokuntoutukseen Riihimäelle kuntoutusosastolle. Lisäksi lomakkeen kehittäminen oli ajankohtainen ja tarpeellinen. Työn aihe on selkeästi esitetty ja tavoite käy selväksi heti opinnäytetyön alussa. Opinnäytetyö valmistui aikataulussa, vaikka aikaa olikin vähän. Saavutin tavoitteeni kuitenkin nopeasta aikataulusta huolimatta.

Koko opinnäytetyöprosessin ajan olen saanut palautetta työpaikalla moniammatilliselta kuntoutustiimiltä. Työtä muokkasinkin palautteen perusteella jatkuvasti. Etenkin kotilomanarviointiin käytettävää lomaketta kehitellessäni ohjaus ja palaute työpaikalla olivat erittäin tärkeitä. Myös rakentavaa kritiikkiä olen työstäni saanut niin työpaikkaohjaajalta, ohjaavalta opettajalta kuin väliseminaarin opponoijaltakin. Myös Riihimäen kuntoutusosaston apulaisosastonhoitaja on perehtynyt työhöni prosessin aikana ja antanut vinkkejä muun muassa opinnäytetyöni sisältöön. Kuntoutusosaston koko henkilökunta on koko prosessin ajan ollut tukena ja kannustanut opinnäytetyöprosessissa.

Opinnäytetyöni toiminnallinen osuus eli arviointilomake neurologisen kuntoutuspotilaan kotilomalle onnistui tavoitteiden mukaan. Toiveena moniammatillisella kuntoutustiimillä oli, että se mahtuisi kahteen A4-arkkiin ja siinä olisi tilaa kirjoittaa vastaukset sanalliseen muotoon. Lopullisessa lomakkeessa täyttyi nämä kaksi tavoitetta. Lisäksi siitä tuli vielä selkeä ja miellyttävän näköinen. Lomaketta annettaessa kotilomalle mukaan hoitaja ohjaa sen täyttämisen mutta mielestämme lomakkeen tuli silti olla selkeä ja helposti täytettävä. Nopean aikataulun vuoksi lomaketta ei keritty testaamaan mutta sitä voidaan tulevaisuudessa muokata, jos on tarvetta.

Teoriaosuudessa on käsitelty oleelliset asiat aivoverenkiertohäiriöistä, niistä kuntoutumisesta sekä moniammatillisuudesta. Arviointilomake kotilomalle

perustuu teoriaan, jota tässä opinnäytetyössä käsittelen. Olen tyytyväinen niin lomakkeeseen kuin teorialtioonkin. Opinnäytetyö prosessi on ollut hyödyllinen oppimisen kannalta. Lisäksi sain tuotettu työelämälle hyödyllistä materiaalia ja toivon, että jatkossa kotilomanarviointilomakkeesta olisi hyötyä niin potilaalle kuin moniammatilliselle kuntoutustiimillekin.

Vaikka aikataulu tämän opinnäytetyön toteuttamiseen on ollut tiivis, on tähän työhön saatu kuitenkin kasattua kaikki oleellinen tieto aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisesta ja sen arvioinnista moniammatillisesti. Lisäksi tuotoksena on hyvä ja kattava lomake, jolla kuntoutujien kotilomia voidaan arvioida. Toivottavaa olisi myös, että lomake hyödyttäisi moniammatillista kuntoutustiimiä Kanta-Hämeen keskussairaalan Riihimäen yksikön neurologisella kuntoutusosastolla. Lomake on suunniteltu yhteistyössä tiimin kanssa, joten voisi ajatella, että se on laadittu tarpeen mukaan ja toimisi käytännössä toivotulla tavalla.

10.2 Eettisyys ja luotettavuus

Jo opinnäytetyön aiheen valinta on itsessään eettinen ratkaisu. Aiheen valintaan vaikutti se, että aihe koettiin työpaikalla tärkeäksi. Aihe oli työpaikkalähtöinen ja siksi erityisen tärkeä. Lisäksi opinnäytetyöhön liittyi toiminnallinen osuus, joka tulee käyttöön Riihimäen kuntoutusosastolle eli opinnäytetyön lopputuotoskin tulee käyttöön ja samalla palvelee niin kuntoutujaa kuin moniammatillista työryhmää. Tässä opinnäytetyössä kyselin aluksi moniammatillisen kuntoutustiimin toiveita uudesta lomakkeesta sekä kokemuksia aiemmin käytössä olleesta ja niistä olen koonnut uuden arviointilomakkeen kotiloman arviointiin. Lisäksi keskustelin omaisten kanssa siitä, mitä he olisivat lomakkeeseen kaivanneet. Haastatellut omaiset ovat nimettömiä eivätkä ole tunnistettavissa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 25–26.)

Opinnäytetyössä käytettyihin lähteisiin on hyvä tutustua ennalta ja pohtia lähdemateriaalien luotettavuutta. Valitsin tähän opinnäytetyöhöni suhteellisen uusia lähteitä. Olen käyttänyt kirjallisia lähteitä mutta myös verkkomateriaalia, jonka luotettavuutta olen pohtinut lähteinä. Internetistä löytyy paljon tietoa mutta on arvioitava, mitä tietoa voi käyttää. Lisäksi olen käyttänyt potilasohjeita lähteinä, jotka olen arvioinut luotettaviksi lähteiksi. Pyrin käyttämään vain 2000-luvulla julkaistuja lähteitä ja näin saamaan tuoretta tutkimustietoa opinnäytetyöni pohjaksi. (Hirsjärvi ym. 2004, 102.)

10.3 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimusaiheeksi mietin, että miten laatimani lomake toimii käytännössä. Tutkimuksessa voisi kerätä kokemuksia lomakkeesta moniammatilliselta työryhmältä tai läheiseltä, joka on täyttänyt kotilomanarviointilomakkeen. Tutkimuksen pohjalta voisi lomaketta kehittää edelleen.

LÄHTEET

Aivoliitto ry n.d.a. Aivoverenkiertohäiriö (AVH). Aivoverenkiertohäiriö. Kuntoutuminen. Viitattu 24.1.2013.
[http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_\(avh\)/aivoverenkiertohairio/kuntoutuminen](http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_(avh)/aivoverenkiertohairio/kuntoutuminen)

Aivoliitto ry 2011. Rakastatko minua tänäänkin? Aivoverenkiertohäiriöt ja seksuaalisuus. Viitattu 29.1.2013.
http://www.aivoliitto.fi/files/1059/Rakastatko_minua_seksiopas_netty_EliLilly_2012.pdf

Aivoliitto ry n.d.b. Aivoverenkiertohäiriö. Afasia. Dysartria. Viitattu 6.2.2013.
http://www.aivoliitto.fi/aivoverenkiertohairio_%28avh%29/aivoverenkiertohairio/afasia/dysartria/

Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E-L. 2001. Sairaanhoido ja huolenpito. Porvoo: WSOY.

Atula, S. 2012a. Aivohalvaus (aivoinfarkti ja aivoverenvuoto). Duodecim. Viitattu 24.1.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00001

Atula, S. 2012b. Ohimenevä aivoverenkiertohäiriö (TIA). Duodecim. Viitattu 24.1.2013.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00591&p_haku=

Bjälle, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Q. & Toverud, K. 2009. Ihminen Fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.

Dromerick, A. & Reding, M. 1994. Medical and neurological complications during inpatient stroke rehabilitation. AHA Journals. Viitattu 22.2.2013.
<http://stroke.ahajournals.org/content/25/2/358.short>

Fimlab Laboratiot Oy n.d. Viitattu 23.2.2013.
http://www.fimlab.fi/sivu.tmpl?sivu_id=163

Forsblom, M-B. & Taskinen, P. 1999. Toimintakyky voi palata, kovalla työllä. Teoksessa Ovaska-Pitkänen, M. (toim.). Elämän uusi painos, Aivohalvaukseen sairastuminen, kuntoutuminen ja selviytyminen. Aivohalvauksen ensi-hetket. Tampere: Tammer-Paino Oy, 144.

Forsblom, M-B., Kärki, E., Leppänen, L. & Sairanen, R. 2001. Aivovauriopotilaan kuntoutus. Helsinki: Tammi.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2007a. Aivoinfarkti (infarctus cerebri). Viitattu 24.1.2013.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,548,2718,5928,16440>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2007b. Aivojen sisäinen verenvuoto (haemorrhagia intarcerebraalis). Viitattu 24.2.2013.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,548,2718,5928,16441>

Helsingin- ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010c. Tietopankki. Neuropsykologi.

Viitattu 6.2.2013.

<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,2052,11786,14487,13344,13351,2102,2103,34763,35300,35301,35322>.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerrus.

Iivarinen, S. & Kokkinen, J. 2008. AVH-potilaan kokemuksia saamastaan ohjauksesta neurologisella osastolla. Viitattu 24.2.2013.

<http://publications.theseus.fi/handle/10024/19048>

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Vantaa: WSOY.

Jalkanen, M. & Koskinen, T. 2008. Kotilomakyselyn uudistaminen AVH-potilaan omaisille Keski-Suomen Sairaanhoitopiirissä. Viitattu 24.2.2013.

<http://publications.theseus.fi/handle/10024/17920>

Jehkonen, M., Hänninen, R., Norvasuo-Heilä, M-K. & Ylikoski, R. n.d. Aivohalvaus- ja dysfasialiitto ry. Opas ammattihenkilöstölle. Aivoverenkiertohäiriöiden aiheuttamat neuropsykologiset puutosoireet.

Jäkälä, P. 2011. Kuinka kauan kuntoutusta kannattaa jatkaa aivoverenkiertohäiriön jälkeen? Suomen lääkirlehti 5/2011. 332.

Kanta-Hämeen keskussairaala. n.d. Opas aivoverenkiertohäiriöstä potilaille ja heidän läheisilleen.

Kaste, M., Hernesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R. & Sivenius, J. 2006. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soinila, S., Kaste, M., & Somer, H. Neurologia. Jyväskylä: Gummerrus, 272–327.

Karttunen, V., Hillbom, M. & Kumpulainen, T. 2013. Aivoverenvuodon akuuttihoito tehostuu. Viitattu 24.1.2013.

http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo95340&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero

Koivisto, S. & Turunen, L. 2011. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan alkuvaiheen moniammatillinen kuntoutus Jyväskylän yhteistoiminta-alueen terveystieteiden sairaalassa. Viitattu 24.2.2013.

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/29973>

Kuikka, P., Pulliainen, V. & Hänninen, R. 1991. Neuropsykologian perusteet. Juva: WSOY.

Kuisma, A. 2009. Toimintamalliehdotus aivoverenkiertohäiriötä sairastavan potilaan tukemiseksi kotihoidossa. Viitattu 24.2.2013.

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/3278>

Laihosalo, M. & Jehkonen, M. Neuropsykologiset puutosoireet aivoverenkiertohäiriön jälkeen. AVH 3/09.

Lindsberg, P. 1999. Aivohalvauksen ensihetket. Teoksessa Ovaska-Pitkänen, M. (toim.). Elämän uusi painos, Aivohalvaukseen sairastuminen, kuntoutuminen ja selviytyminen. Aivohalvauksen ensihetket. Tampere: Tammer-Paino Oy, 27.

Marttila, J. 2006. Aivohalvaus. Viitattu 24.1.2013.

<http://www.terve.fi/aivohalvaus/aivohalvaus>

Mustajoki, P. 2012. Aivokalvojen alainen verenvuoto (SAV). Duodecim. Viitattu 24.1.2013.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_artikkeli=dlk00002&p_haku=

Neurokirurgia 2008-2013a. Viitattu 24.2.2013.

<http://www.neurokirurgia.fi/fi/opetusmateriaali/aivoverisuonitaudit/aivoinfarkti/?id=49>

Neurokirurgia 2008-2013b. Viitattu 24.2.2013.

http://www.neurokirurgia.fi/fi/opetusmateriaali/aivoverisuonitaudit/sav_eli_lukinkalvonalainen_verenvuoto/?id=45

Opas kuntoutuksen yhtenäiseen seuranta- ja arviointijärjestelmään 2004. Versio 5. Helsinki: Qalisan Oy.

Palo, J., Jokelainen, M., Kaste, M., Teräväinen, H. & Waltimo, O. 1992. Neurologia. Porvoo: WSOY, 335–336.

Pekkola, M. Aivoinfarktipotilaan ohjauksen kehittäminen: -potilasoppaan laatiminen. 2009. Viitattu 24.2.2013.

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/5117>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Potilasasiakirjojen laatiminen ja käsittely. Opas terveydenhuollolle. Helsinki.

Peevo, R. 1999. Opastusta AVH-sairastuneelle ja hänen läheisilleen. Teoksessa Ovaska-Pitkänen, M. (toim.). Elämän uusi painos, Aivohalvaukseen sairastuminen, kuntoutuminen ja selviytyminen. Aivohalvauksen ensihetket. Tampere: Tammer-Paino Oy, 252.

Prytz, H. 1999. Etteivät sirpaleet lentäisi liian pitkälle. Teoksessa Ovaska-Pitkänen, M. (toim.). Elämän uusi painos, Aivohalvaukseen sairastuminen, kuntoutuminen ja selviytyminen. Aivohalvauksen ensihetket. Tampere: Tammer-Paino Oy, 271–279, 280.

Purola, H. 2000. Kotona asuvan aivoverenkiertohäiriöpotilaan ja hänen omaisensa kokemuksia selviytymisestä. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopisto. Lääkinnällisen kuntoutuksen laitos. Oulun yliopistollinen sairaala. Viitattu 29.1.2013.

<http://herkules.oulu.fi/isbn9514255550/html/x392.html>

Putala, J. & Strabian, D. 2012. Aivojen sisäisen vuodon oireet, riskiryhmät ja akuuttihoito. AVH 4/2012, 10.

Puha, E. & Lippola, P. 2012. Vuoto vai infarkti? AVH 4/2012, 6–7.

Repo-Outakoski, M. 2006. Aivoverenkiertohäiriö tulee hoitaa ajoissa. Viitattu 24.1.2013.

<http://www.terve.fi/aivohalvaus/aivoverenvuoto-tulee-hoitaa-ajoissa>

Rinnekanas, H. & Uusitalo, J. 2009. Aivoinfarktipotilaiden kokemuksia kuntoutumista edistävästä hoitotyöstä. Viitattu 24.2.2013.

<https://publications.theseus.fi/handle/10024/5258>

Rönnemaa, T. 2011a. Aivoverenkiertohäiriöt ja diabetes. Duodecim. Viitattu 21.1.2013.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01729

Rönnemaa, T. 2011b. Miksi diabeetikon sepelvaltimotautiriski on muita suurempi? Duodecim. Viitattu 21.1.2013.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia01720

Sairanen, T., Rantanen, K., Lindsberg, P. 2011. TIA vaatii nopeita toimia. Suomen Lääkärilehti 14/2011. Vsk 66. 1172.

Satakunnan sairaanhoitopiiri 2012. Moniammatillisuus.

Viitattu

5.2.2013.

http://www.satshp.fi/portal/page?_pageid=115,112583&_dad=wportal&_schema=WPORTAL&p_calledfrom=1.

Sivenius, J. 2009. Aivoverenkiertohäiriöt. Duodecim. Viitattu 24.1.2013.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00006&p_haku=aivoverenkiertohäiriö#s1

Sivenius, J. & Jolkkonen, J. 2004. Uutta näyttöä aivohalvauskuntoutuksen vaikutuksista. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim. 2369–72)

Suomen Sydänliitto ry n.d. Aivoverenkiertohäiriöt ja seksuaalisuus.

Viitattu 28.1.2013.

<http://www.sydanliitto.fi/aivoverenkiertohairiot-ja-seksuaalisuus>

Suomen puheterapeuttiliitto ry n.d. Puheterapia. Puheterapiapalvelut.

Viitattu

6.2.2013.

<http://www.puheterapeuttiliitto.fi/fi/puheterapia/puheterapiapalvelut>

Suomen toimintaterapeuttiliitto ry n.d. Toimintaterapia. Viitattu 6.2.2013.

<http://www.toimintaterapeuttiliitto.fi/toimintaterapia.html>

Survikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2010. Kuntouttava lähihoito. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Takala, T., Peurala, S., Erilä, T., Huusko, T., Viljanen, T., Ylinen, A. & Sivenius, J. 2010. Aivoverenkiertohäiriön alkuvaiheen kuntoutuksessa suuria vaihteluita, Selvitys AVH:n sairastaneiden kuntoutuspalveluista Suomessa. Suomen Lääkärilehti. 5/2010. Vsk 65. 399.

Tarnanen, K., Lindsberg, P., Sairanen, T. & Vuorela, P. 2011. Käypä Hoito. Aivoinfarkti. Viitattu 24.1.2013.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../khp00062>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012a. H4 Voiko aivoverenkiertohäiriöön sairastunut käyttää alkoholia?

Viitattu 21.1.2013. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2820/5100/>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012b. C 4 Aivoverenkiertohäiriöiden riskitekijät ja uusiutumisen esto.

Viitattu 21.1.2013. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2815/5080/>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008c. Tietoa kuntoutuksesta. Aivovamman saaneen opas. 3. Aivovamman jatkohoito. 3.12. Fysioterapia aivovamman jälkeen.

Viitattu 29.1.2013. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/5288/25394/>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2010d. Tietoa kuntoutuksesta. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas. B Oireet ja seuraukset.

Viitattu 29.1.2013. <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2814/5071/>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012e. Tietoa kuntoutuksesta. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas. A Yleistä aivoverenkiertohäiriöistä. A3 Mikä on aivojen sisäinen verenvuoto? Viitattu 24.1.2013.

<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2813/5066/>

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011f. Tietoa kuntoutuksesta. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen opas. Ohjeita aivoverenkiertohäiriöön sairastuneelle ja hänen omaisilleen. Viitattu 24.1.2013.

<http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/2810>

Vilkkä, H & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.

Virtuaaliammattikorkeakoulu n.d. Opinnäytetyön ohjausprosessi. Erilaiset opinnäytetyöt. Monimuotoinen/toiminnallinen opinnäytetyö.

Viitattu

11.2.2013.

<http://www.amk.fi/opintojaksot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>

Aivoverenkiertohäiriöstä kuntoutuminen ja kuntoutumisen arviointi moniammatillisessa työryhmässä, Kotilomat kuntoutumisen tukena

7. Kuntoutuja ulkoili lomalla ollessaan
(sisältäen kylämatkat ja siirtymiset)

joka päivä
harvemmin
ei kertaakaan

8. Ulkoilu toteutui
omatoimisesti
osittain avustettuna

Miten?

täysin avustettuna?

--

Miten?

Muuta huomioitavaa

9. Oliko kuntoutujan asunnossa tai sen ympäristössä liikkumista haittaavia / häiritseviä tekijöitä
esim. hankalia kynnyksiä tai mattoja?

Ei
Kyllä

Mitä?

10. Ilmenikö kuntoutujalla loman aikana

puhevaikeuksia
muistivaikeuksia
vaikeuksia löytää kulkureittejä
oma-aloitteisuuden alenemista
mielialamuutoksia
Väsymystä/unettomuutta
vihamielisyyttä

KYLLÄ EI

11. Kuntoutujan toimintaa koskevia muita havaintoja tai huolenaiheita

12. Loma sujui lomakkeen täyttäjän mielestä kokonaisuudessaan, asteikolla 0-5.
Laita rasti janalla mielestäsi loman sujumista parhaiten kuvaamaan kohtaan.

0
erittäin huonosti

5
erittäin h

Liite 2

**KANTA-HÄMEEN
SAIRAANHOITOPIIRIN KUNTAYHTYMÄ**
Kanta-Hämeen keskussairaala
Riihimäen yksikkö / Neurologia

Potilasohje

Ohje kotilomalle lähtijälle

Olette kuntoutuneet niin hyvin, että pääsette kotilomalle. Tämä ohje on tarkoitettu tukemaan lomanne turvallista toteutumista.

Lomalupa

Hoitava lääkäri myöntää luvan kotilomalle pääsystä ja kotona tulee olla loman ajan aikuinen läheisenne.

Matkakustannukset

Matkakustannukset kotiin ja takaisin osastolle joudutte itse kustantamaan.

Kotona

- voitte elää normaalia elämää muuttuneen tilanteen asettamissa rajoissa
- liikarastusta tai suuria ponnistuksia teidän tulisi välttää
- sauna voitte miedossa lämmössä
- autolla-ajosta teidän tulee pidättäytyä
- voitte ruokailla normaalisti ja monipuolisesti, jos erillistä ohjetta ei ole annettu
- alkoholista ja tupakasta teidän tulisi pidättäytyä, koska ne ovat riskitekijöitä sairaudelle
- kevyt ja rauhallinen liikkuminen edistää kuntoutumistanne
- kotona otettava lääkkeet saatte osastolta mukaanne

Muuta huomioitavaa

Puhelinnumero osastolle: 019 - 744 5405 tai 019 - 7445682

Voitte soittaa osastolle loman aikana, jos kotona ilmenee ongelmia. Kotiloman voitte keskeyttää koska vaan, jos koette olonne kotona turvattomaksi. Teillä on koko ajan paikka osastolla.

Olemme kiitollisia kaikesta palautteesta/tiedoista kotiloman sujumisesta. Palautetta lomasta voidaan pyytää läheiseltänne myös erillisellä lomakkeella. Tiedot auttavat suunnittelemaan tarvittavaa kuntoutusta ja tulevaa turvallista kotiutumista yhdessä teidän kanssanne.

Hyvää kotilomaa!

K-
HKS
19.03
.2012
SL/
????
?

Liite 3



Kanta-Hämeen keskussairaala, Riihimäen yksikkö
Kuntoutusyksikkö
Puhelin 019-7445682

Lomake kotiloman arviointiin

Esitiedot:

Kuntoutuja: _____
Loman ajankohta: _____
Lomakkeen täyttäjä ja suhde kuntoutujaan: _____

Asuminen:

Millaisessa ympäristössä kuntoutuja asuu? (esim. kerrostalo, mikä kerros, omakotitalo, hissi, ei hissiä, portaita jne.?) Kuvaille lyhyesti ympäristöä.

Liikkuminen:

Liikkuiko kuntoutuja kotiloman aikana? Kuinka paljon? (ulkoilu, siirtymiset, kylässä käynti, kaupassa käynti jne.)

Millaisessa ympäristössä liikkuminen tapahtui? (epätasainen maasto, kiviä, asfalttia tai oliko autoon siirtymistä, rappusia tms.?)

Oliko kuntoutujan asunnossa liikkumista haittaavia tekijöitä, esim. kynnyksiä tai ahtaita tiloja?

Tarvitsiko kuntoutuja apua liikkumisessa? Jos tarvitsi, niin minkä vuoksi ja kuinka paljon?

Päivittäiset toiminnot:

Kuinka kuntoutuja selviytyi kotilomalla päivittäisistä toiminnoista? Kuinka paljon tarvitsi apua ja missä toiminnoissa apua tarvittiin?

Pikkupesut / hampaiden pesu / suihkussa käynti _____

Pukeutuminen / riisuutuminen _____

Wc:ssä käynti _____

Kastelu / wc-käynnit yöllä _____

Ruokailu _____

Ruoan valmistus (esim. kahvin keitto, lämmitys) _____

Siivous / pyykin pesu _____

Kaupassa asiointi _____

Lääkkeiden otto _____

Puhelimen käyttö _____

Kotioven avaus avaimella _____

Portaissa kulkeminen _____

Hissin käyttö _____

Miten mielestänne kuntoutuja selviytyi päivittäisistä toiminnoista?

Muu selviytyminen:

Rastita sopiva / sopivat vaihtoehdot.

Oliko kuntoutujalla kotiloman aikana

- ☐ muistivaikeuksia, millaisia? _____
- ☐ keskittymisen vaikeuksia, millaisia? _____
- ☐ puhevaikeuksia, millaisia? _____
- ☐ vaikeuksia ymmärtää kellonaikoja tai aikaa, kuinka ilmeni? _____
- ☐ vaikeuksia ymmärtää kulkureittejä, kuinka ilmeni? _____
- ☐ oma-aloitteisuuden alenemista, kuinka ilmeni? _____
- ☐ vaikeuksia suunnitelmallisuudessa (esim. toiminnan epäjohtamukaisuus),
kuinka ilmeni? _____
- ☐ mielialamuutoksia (esim. alavireisyyttä, hermostuneisuutta, ahdistuneisuutta),
millaisia? _____
- ☐ väsymystä, kuinka ilmeni? _____
- ☐ unettomuutta, kuinka ilmeni? _____

Tuliko kotiloman aikana esille muita kuntoutujan toimintaa koskevia havaintoja?

Tuliko kotiloman aikana tilanteita, joissa olisitte tarvinneet lisääpua? (Liikkumisessa, päivittäisissä toiminnoissa, omassa jaksamisessa jne.)

Tuliko mieleen kotiloman aikana jotakin huolenaiheita?

Kokonaisarvio kotilomasta: Merkitkää rasti viivalle, kuinka kotiloma sujui kokonaisuudessaan.

Haasteellinen

Onnistunut

Kiitos vastauksestanne!